FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N° 125

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges-Louis CAMPANA

Né à Paris, le 18 avril 1900.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ÉTATS LIÉS A L'HYPERÉMOTIVITÉ ANXIEUSE ET DE LEUR TRAITEMENT

Président : M. HENRI CLAUDE, *professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges-Louis CAMPANA

Né à Paris, le 18 avril 1900.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ÉTATS LIÉS A L'HYPERÉMOTIVITÉ ANXIEUSE ET DE LEUR TRAITEMENT

Président : M. HENRI CLAUDE, *professeur*

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1930

DOYEN . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactérioliogie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laringologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeurs sans chaire	BRANCA. MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN . Pathologie médicale.
BÉNARD (H.) Pathologie médicale.
BINET . . . . Physiologie.
BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
BROCQ . . . Pathologie chirurgicale
BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
CATHALA . . Pathologie médicale.
CHABROL . . Pathologie médicale.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.
De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
DOGNON. . . Physique.
DONZELOT . . Pathologie médicale.
ÉCALLE . . . Obstétrique.
FEY . . . . . Urologie.
GARNIER . . Pathologie expérimentale
GASTINEL . . Bactériologie.
GATELLIER . Pathologie chirurgicale
GIROUD . . . Histologie.
HARVIER. . . Pathologie médicale.
HOVELACQUE Anatomie.
HUTINEL. . . Pathologie médicale.
JOANNON. . . Hygiène.
JOYEUX . . . Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX . . . Anatomie pathologique.
LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
LIAN. . . . . Pathologie médicale.
MERCIER (F.) Pharmacologie.
MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
MOREAU. . . Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
MULON. . . . Histologie.
OBERLING. . Anatomie pathologique.
OLIVIER. . . Anatomie.
PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
PORTES . . . Obstétrique.
QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
RICHET. . . . Physiologie.
SÉZARY . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
VALLERY-RADOT-PASTEUR, Pathologie médicale
VAUDESCAL. Obstétrique
VELTER. . . . Ophtalmologie.
VERNÉ. . . . Histologie.
VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. . . . . Pharmacologie.
GUÉNIOT. . . . . Obstétrique.
LEQUEUX . . . . . Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie
RETTERER. . Histologie
ZIMMERN. . . Physique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALGLAVE . .	Clinique chirurgicale.	LERI.	Clinique médicale.
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.	PROUST. . .	Clinique chirurgicale
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique méd.	SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique Obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEILL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

À LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Professeur Henri CLAUDE

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ÉTATS LIÉS A L'HYPERÉMOTIVITÉ ANXIEUSE ET DE LEUR TRAITEMENT

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion, au cours de ces dernières années, d'observer plusieurs cas de troubles liés à l'hyperémotivité anxieuse sans pouvoir trouver d'autres symptômes de lésion organique, qu'une hyper-réflectivité des systèmes sympathique et parasympathique.

La lecture des descriptions des psychonévroses anxieuses et de la névrose d'angoisse, nous a amené à les considérer comme étant à ranger dans ce cadre, bien qu'en étant des états mineurs.

Nous avons pu, à leur occasion, et grâce aux conditions qui nous permettaient de vivre continuellement près de ces malades, faire quelques observations que nous avons l'intention de noter au cours de ce travail.

Notre étude portera sur l'hyperémotivité anxieuse, ses stigmates psychiques et physiques, ses différentes formes et son traitement.

L'étiologie et la pathogénie de ces états étant obscures nous avons laissé volontairement cette partie de côté nous bornant à signaler les états qui semblent liés à ces troubles ou les accompagner.

Nous n'avons pas, également, traité du diagnostic différentiel celui-ci étant pour nous lié surtout à la constatation de lésions organiques réelles, tandis que nous n'avons voulu considérer que ceux où l'hyperémotivité anxieuse est la seule cause décelable de ces états.

Notre plan dans ce travail sera le suivant ;

Nous étudierons d'abord l'anxiété normale et les stigmates psychiques s'attachant à l'anxiété prolongée constituant le tempérament anxieux,

l'angoisse, ses différents sièges et les réactions émotives, versant physique de l'émotion anxieuse ;

l'accès anxieux paroxystique et les accès larvés ;

l'état d'anxiété chronique et ses corollaires phobiques.

Nous produirons nos observations et enfin aborderons l'étude des différents moyens de traitement.

HISTORIQUE

On trouve, dans les travaux de Beauchesne sur les affections vaporeuses, ceux de Girard, de Krishaber, la relation qu'établissaient ces auteurs, entre les troubles du système neuro-végétatif et l'émotivité anxieuse.

Mais c'est, semble-t-il, Morel qui, en 1886, le premier en France, traitant du délire émotif, tenta d'isoler les accidents anxieux sous le nom de « Névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral ». Brissaud en 1890, traita de l'anxiété paroxistique. Seglas, de l'anxiété mélancolique.

Pitres et Regis, dans leurs ouvrages, à l'occasion des obsessions et impulsions, étudièrent la disposition anxieuse et montrèrent son influence sur la genèse de ces phénomènes.

Hecker étudia la maladie d'angoisse que Freud, de Vienne, en 1895 individualisa sous le nom de « angstneurose », névrose d'angoisse, comportant un ensemble de troubles psycho-somatiques nettement définis dont l'émotion anxieuse est le symptôme essentiel et prédominant, rattaché, jusque-là, à la vaste synthèse décrite par Janet sous le nom de psychiasthénie.

Hartenberg, en 1901 et 1902 y consacre un travail d'ensemble.

Plus tard, Dupré, dans ses communications aux Sociétés de Neurologie et de Psychiàtrie, en 1909, définit la constitution émotive et précise ses stigmates psychiques et neurologiques. Il présente, en 1917 avec son élève Grimberg, une série de malades atteints de psycho-névrose émotive, présentant des troubles où, la constitution émotive s'exaspérant au cours d'une recrudescence de quelques semaines ou de plusieurs mois, cesse d'être une simple disposition maladive pour constituer une affection nerveuse caractérisée, ayant des traits, à la fois psychiques et physiques.

Bonnier publie, en 1913, une brochure sur l'anxiété, où il situe le centre anxieux dans le bulbe. Heckel, en 1917, donne un ouvrage complet sur la névrose d'angoisse où il insiste sur les formes frustes de cette névrose et signale l'importance des troubles primitifs ou secondaires de la nutrition dans ces états d'hyper-émotivité.

Pendant la guerre, Renon, en 1916, communique quelques notes personnelles sur l'angoisse de guerre ;

Devaux et Logre, en 1917, publient leur étude sur les anxieux et l'anxiété dans les syndromes psychiâtriques.

Hartenberg, en 1922, réunit ses différentes études publiées sur l'anxiété morbide et en présente une synthèse clinique et des indications de traitement.

A côté de ces travaux sur l'anxiété proprement

dite, les travaux de Binet, Camus, Cannon et l'Ecole Américaine, par l'étude des réactions émotives ; ceux de Hess et Eppinger, de Laignel-Lavastine, de Guillaume, de Santenoise, etc..., qui tentent de fixer la pathologie du sympathique, viennent éclairer le mécanisme des réactions physiques de l'hyper-émotivité anxieuse.

DÉFINITION

L'anxiété est une émotion normale. A des degrés d'intensité divers, elle est la réponse à chaque agression possible de notre personnalité physique ou morale, dans le présent ou dans le devenir. Elle est une réaction de notre émotivité en présence d'une situation anormale, inattendue ou grave.

« L'émotivité anxieuse, dit Hartenberg, peut être considérée comme l'émotion défensive par excellence, une révolte instinctive du système nerveux, qui avertit ou protège l'organisme, en présence d'une menace, d'une altération, d'un péril. »

L'émotion anxieuse se traduit schématiquement par deux sortes de phénomènes : un phénomène psychique, l'anxiété ; des phénomènes physiques, réactions émotives diverses s'accompagnant de constriction physique, sensation qui caractérise l'angoisse.

L'émotivité anxieuse normale est éphémère et proportionnée à la gravité du danger.

L'anxiété morbide se signale par l'excès même de sa fréquence, de sa durée et de son intensité. Elle est une forme de l'hyper-émotivité.

Cette hyper-émotivité peut être un phénomène exceptionnel, momentané, dû à la sommation d'émotions rapprochées et sans tendance à la reproduction spontanée ; le plus souvent elle est durable, soit que les traumatismes nerveux par leur répétition, aient déterminé l'éréthisme émotif, soit qu'elle tienne à une prédisposition native du sujet, à la constitution émotive que Dupré définit :

« Un certain mode de déséquilibre nerveux caractérisé par l'éréthisme diffus de la sensibilité et l'insuffisance de l'inhibition motrice, réflexe et volontaire, en vertu duquel l'organisme présente aux ébranlements qui sollicitent la sensibilité des réactions anormales par leur vivacité, leur extension et leur durée. »

et dont il indique les stigmates :

« 1° Exagération dans leur instantanéité plutôt que dans leur vitesse, des réflexes tendineux, pupillaires et cutanés ;

2° « Hyperesthésie sensitive et sensorielle ;

3° « Déséquilibre des réactions motrices et sécrétoires ;

4° « Tendance aux spasmes, notamment dans les muscles lisses ;

5° « Tremblement ;

6° « Intensité et diffusion anormale des effets physiques et psychiques des émotions. »

Cet état se manifestant par une disposition chronique à l'anxiété et à l'angoisse, créera le syndrome de la constitution anxieuse.

Mais, qu'ils soient dus à cette constitution anxieuse, ou à une [hyper-émotivité acquise, les états d'hyper-émotivité anxieuse comportent leurs stigmates psychiques et physiques différents de ceux de la simple constitution émotive.

De plus, sur ce fond constitutionnel ou acquis, se développeront, souvent des troubles psychiques secondaires corollaires dus à la fixation de l'anxiété sur les éléments les plus divers de la vie mentale, se systématisant en phobies.

L'hyper-émotivité anxieuse pourra présenter :

Des formes aiguës, crises anxieuses pouvant être uniques, après lesquelles le malade conserve peu ou pas d'inquiétude et où la prédominance des phénomènes organiques le porte à croire que sa guérison est limitée à celle des troubles physiques, l'anxiété lui paraissant justifiée par l'importance des désordres végétatifs.

Des formes chroniques, où il existe une anxiété diffuse et des troubles du système neuro-végétatif, liés à elle avec de brusques épisodes d'anxiété paroxystique.

Enfin, des formes où la systématisation phobique prend la première place dans l'esprit du malade, les accès paroxystiques lui semblant surtout dus à l'agression phobique [psycho-névroses anxieuses].

Nous étudierons successivement l'anxiété et ses stigmates, psychiques.

L'angoisse et les phénomènes végétatifs qui l'accompagnent stigmates physiques de l'hyper-émotivité anxieuse.

Enfin, l'état d'anxiété chronique qui les réunit.

Devaux et Logre définissent l'anxiété :

« L'anxiété est une émotion caractérisée par un état de douleur morale et d'incertitude avec sensation fréquente de constriction physique. Cette sensation physique de resserrement constitue, à proprement parler, l'angoisse.

« L'anxiété, dans sa forme complète et ordinaire, se ramène donc à l'incertitude douloureuse, se manifestant sous tous ses modes : affectif, intellectuel et volontaire par l'association plus ou moins constante de l'insécurité, du doute et de l'irrésolution.

« L'anxiété, ajoute-t-il, est une émotion dépressive sthénique et contradictoire. »

Hartenberg décrit l'anxiété comme « un état d'inquiétude aggravé comportant le même sentiment d'insécurité, de tourment moral au point de vue intellectuel ».

Nous proposerons, à notre tour, cette définition :

« L'anxiété est une émotion douloureuse, caractérisée par un état d'attente active et inhibitive, à prédominance physique, tendant à dominer la personnalité, bloquant en hypertonicité les moyens habituels de défense de l'organisme, constituant ainsi, l'angoisse. »

L'anxiété est une émotion : elle peut être un

état affectif pur comme dans le cas d'anxiété diffuse, ou s'adjoindre une représentation intellectuelle. Mais elle représente, à la base, suivant la définition de Ribot « la réaction du sujet pour tout ce qui touche à la conservation de l'individu ou de l'espèce » elle est douloureuse par l'agression de l'instinct de conservation dans le présent et dans le devenir.

« Elle est en état d'attente ». L'anxieux ne connaît pas ou ne peut pas connaître avec précision la menace. Il la connaît comme telle par la souffrance de son émotivité. Mais il ne peut pas en avoir une représentation intellectuelle limitée à un certain domaine de sa personnalité consciente ou de son individu physique. Il reste toujours une inconnue, dans le présent ou dans l'avenir, dont l'esprit s'efforce de prendre contact.

Elle tend à dominer la personnalité, ne laissant plus qu'un certain automatisme moteur, psychique, qui fait ressasser une idée ou un mot. Tout l'individu est alerté et attend. Il cherche l'adaption douloureuse et impossible à ce qui n'est pas encore donné. Il a, en même temps, conscience de tous les dangers en puissance et attend celui qui va surgir. L'anxiété est la souffrance de la personnalité par arrêt dans son droit au devenir. Il y a une menace dans l'avenir immédiat par un état multiple dont l'esprit s'épuise à prendre complètement connaissance.

« Tristesse active », l'a appelée Dumas, « émotion

dépressive, sthétique et contradictoire », disent Devaux et Logre ; émotion sthénique, contradictoire par la présence continue de l'action et de son inhibition ; dépressive par le sentiment de diminution avec lequel on se présente devant l'avenir.

Nous disons à prédominance physique car, mis à part l'ébranlement émotif du départ, nous croyons que c'est le substratum végétatif de l'émotion, par l'importance des modifications organiques de défense, qui pèse sur l'émotivité anxieuse et qu'il y a dans la perception affective de ces modifications organiques, du désarroi entre la tendance active et l'inihibition, dans l'impossibilité de la représentation intellectuelle, un des éléments qui empêchent de jouer le mécanisme de défense contre la durée émotive par intellectualisation.

Ebranlement émotif avec répercussion immédiate de défense dans le plan physique, perception affective des phénomènes organiques surgissant en idée force dans le champ de la personnalité, enrichissant l'ébranlement émotif et renforçant le mécanisme de défense inhibé par la représentation intellectuelle qui reflète le danger dans l'avenir tel nous paraît être l'ordre des faits dans l'anxiété normale.

Dans un tel état, circulaire en quelque sorte on conçoit que la répercussion continuelle de l'émotivité sur elle-même ait tendance à accroître l'anxiété et à la prolonger indéfiniment, l'énergie de la réaction n'étant qu'un accroissement de la force nerveuse dépensée et inutilisée qui se dérive, tout

entière, sous forme d'émotivité stérile sur le sujet lui-même.

Normalement, cette émotivité s'apaise :

Il semble que l'esprit arrivant à une représentation intellectuelle d'une partie du danger dont il fait son centre, organise l'affectivité dans un mécanisme de défense précis, d'une part, en abandonnant la recherche causale des phénomènes végétatifs, d'autre part, en acceptant tout avenir possible ; et relâche, ainsi, l'inhibition et son jeu sur l'activité.

Feré indique que l'émotivité devient pathologique :

« 1° Lorsque ses accompagnements physiologiques se présentent avec une intensité extraordinaire ;

« 2° Lorsqu'elle se produit sans cause déterminante suffisante ;

« 3° Lorsque ses effets se prolongent outre mesure.

« L'émotivité morbide me paraît caractérisée, dit-il, par ce fait qu'elle entraîne à des réactions mal adaptées à l'intérêt de l'individu ou de l'espèce. »

Nous avons vu que plusieurs facteurs jouent dans la production de l'anxiété :

1° L'émotivité qui conditionne : l'intensité de l'émotion, la facilité du choc émotif et sa possibilité de durée ;

2° Un certain éréthisme neuro-végétatif, une certaine facilité à éprouver les réactions organiques de l'émotivité.

L'anxiété pathologique ou hyper-émotivité anxieuse, ne sera que l'exagération de l'émotivité anxieuse normale. Elle ne s'en différencie que par l'excès de sa fréquence et son intensité anormale par l'envahissement complet du champ de conscience, par l'impossibilité du mécanisme de contrôle de

l'intelligence, elle est disproportionnée, illégitime, souvent sans cause.

Le déséquilibre émotif de l'anxieux hyperémotif se caractérise par une certaine attitude psychique, tempérament anxieux qui est l'ébauche de celui des grands névropathes anxieux.

L'anxiété normale, nous l'avons vu, est passagère et se dénoue par l'intervention efficace d'une intellectualisation entraînant une certaine activité, ou par l'abandon du sujet d'anxiété dans le divertissement.

Dans le tempérament anxieux, toute participation de l'esprit au contrôle de l'anxiété est un enrichissement de celle-ci.

La systématisation de l'émotivité dans l'attente entraîne un état d'instabilité continuelle, qui fait vivre en même temps à l'anxieux, le présent et l'avenir hanté de sombres pressentiments.

Par la conscience qu'il tend à prendre des moindres modifications de sa personnalité, des moindres atteintes organiques, son fond mental est constitué par un état permanent pantophobique.

Il projette, continuellement, sa peur au-devant de tous ses actes, donnant à ceux-ci, par ce mécanisme, une importance qui le fait s'épuiser en considérations préliminaires et l'annihile, au moment de les accomplir, ce qui vient renforcer sa crainte par une apparente justification.

Son passage continuel du présent à l'avenir l'entretient dans le scrupule de tous les actes passés et

la peur d'avoir oublié quelque chose, qui aura sa répercussion sur le futur.

Il a l'instinct du malheur, qui gâte toutes ses joies présentes aussitôt qu'il devient conscient.

Il existe chez lui une sorte de négativisme anxieux provoquant les associations par contraste, en vertu desquels l'anxiété tire de la gaîté présente le prétexte même de l'inquiétude.

Il craint autant les idées associées aux faits qui déterminent la crise anxieuse, que ces faits eux-mêmes.

Il reste, dans son esprit, des groupements associatifs arbitraires qu'il enrichit continuellement et qui, surgissant dans le champ de conscience, par n'importe lequel de leurs éléments, déclanchent l'anxiété.

Devaux et Logre disent qu'il va au devant de l'anxiété comme l'alcoolomane va à l'alcool. Il y va aussi pour s'essayer continuellement dans une lutte où il ne désespère pas.

Son introspection provoque un égocentrisme, qui peut faire paraître contradictoire son émotivité éperdue et l'absence d'ébranlement affectif pour tout ce qui ne peut pas être une crainte ou un espoir pour lui-même.

Il est hésitant, mais toute attente lui étant insupportable, son intervention, au moment d'agir, est brusque, inopinée, hâtive.

Il redoute la mort, jusqu'à la souhaiter comme un terme à son instabilité.

Telle est l'attitude mentale du petit anxieux, tempérament qui tend à faire de lui un individu qui ruine le présent par la crainte de nuire à l'avenir, à le transformer en un de ces malades qui accrochent leur pantophobie à tous les symptômes organiques banaux, classe de petits psychopathes qui, disent Devaux et Logre, « forment en grande proportion, parfois la majorité, des malades de clientèle privée, soit de médecine générale, soit de médecine spéciale dont il faut, avant tout, traiter l'état moral ».

Nous avons indiqué, dans notre définition, la prédominance des manifestations organiques dans le mécanisme de l'anxiété, manifestations dont l'aboutissement est l'angoisse la plus consciente et la plus douloureuse de toutes les réactions émotives.

Dans certaines formes d'anxiété peu intense, la réaction somatique, sans passer inaperçue du sujet, ne se signale par aucune sensation physique précise. C'est le « cœur lourd », le « cœur serré » de la littérature s'accompagnant de rougeurs, pâleurs et tremblement, modification du rythme cardiaque, transpiration, etc., qui sont la traduction extérieure de phénomènes organiques plus ou moins atténués.

Le plus souvent, l'émotion du soma se traduit par une sensation pénible de constriction physique, c'est l'angoisse.

L'angoisse, versant organique de l'anxiété, sera normale, c'est-à-dire proportionnée à la cause, à retentissement physique limité, ou pathologique, se traduisant par de véritables accès, crises paroxystiques d'angoisse.

L'angoisse peut être produite par un ébranlement à point de départ cortical, comme c'est le cas pour la réaction anxieuse occasionnée par un choc moral,

ou par un ébranlement à départ viscéral. Dans ce cas, ou bien l'esprit réagit, contrôle l'excitation à direction centripète, la définit et évite la production de l'anxiété, renforçant, semble-t-il, un pouvoir qui serait anticénesthésique ; ou, l'onde d'excitation franchissant la barrière de contrôle vient ébranler le cortex, produisant l'anxiété.

Quel que soit son point de départ, l'angoisse semble emprunter toujours la même voie, dans un sens ou l'autre, c'est la voie du sympathique et de ses systèmes associés, parasympathique, glandes endocrines ; toutes les réactions de l'angoisse semblant dues à l'intervention des appareils nerveux de la vie végétative.

Ce sont les changements durables ou transitoires dans le tonus du système qui feraient comprendre les conséquences pathologiques, parfois considérables, qui peuvent succéder à un choc émotif : sympathicomies, sympathoses, épistasies de Bonnier.

C'est dans la prédominance d'action de l'un de ces systèmes sur certains organes qu'il faudrait voir la cause des traductions différentes de l'angoisse, la façon personnelle de s'émouvoir, prédominance qui, après le manifeste « Vagotonia » d'Hess et Eppinger, a créé les termes de sympathicotonique, vagotonique et autres synonymes d'un même état de déséquilibre.

Cependant, le mécanisme invoqué ne doit pas laisser perdre de vue, croyons-nous, la possibilité

d'inhibition de l'esprit sur la production ou la limitation de ce phénomène et que, par conséquent, dans tout état d'angoisse se prolongeant, ou à répercussion étendue, il y a abandon par l'esprit de la fonction inhibitrice de cette forme d'automatisme anticénesthésique qui permet que certains états d'angoisse, formes rudimentaires d'Heckel, restent considérés par le patient comme des maladies organiques pures, demeurant sans répercussion mentale prolongée, alors que certains ébranlements organiques, plus atténués, ont un retentissement psychique qui domine la scène. Comme le dit Heckel, les excitations périphériques seraient angogènes au niveau du bulbe, mais c'est entre celui-ci et l'écorce cérébrale dans les relais sensitifs que l'affre bulbaire deviendrait angoisse.

Le siège de la constriction, qui caractérise l'angoisse, peut être très variable. Mais, limitée parfois à un domaine sympathique déterminé, elle a tendance à se propager à tout le système neuro-végétatif.

On pourra donc décrire :

1° **L'angoisse respiratoire.** — *Bouche et pharynx* : impression de bâillonnement et de « poire d'angoisse » ; surtout, gorge serrée, étranglée ; c'est la « boule » émotive.

Larynx : angoisse glottique, voix cassée, aphonie : « Vox faucibus hæsit ». L'angoisse est la douleur qui ne peut pas crier.

Poumons : tachypnée superficielle ou bradypnée ; étouffements, impression de rétrécissement respiratoire, d'asphyxie imminente, de suffocation en inspiration.

Thorax : sensation d' « étau » qui comprime la poitrine et l'empêche de respirer.

Diaphragme : « barre » épigastrique qui oppresse ; « ceinture » douloureuse à la base du thorax. Saccade respiratoire convulsive du sanglot. Expiration brusque du soupir ;

2° **L'angoisse digestive.** — *Pharynx et orifice supérieur de l'œsophage* ; difficulté ou impossibilité de déglutir ; dysphagie émotive.

Les constricteurs du pharynx ont été comparés par Mathieu aux glandes lacrymales à cause de leur intervention prépondérante au cours des émotions pénibles et angoissantes.

Estomac : anxiété épigastrique ; pesanteur, écrasement au niveau de la région stomacale ; sensation particulièrement fréquente dans l'anxiété des cauchemars, qui sont, d'ailleurs, très souvent, d'origine dyspeptique.

Crampes stomacales, nausées, vomissements.

Intestin : tiraillements, coliques, épreintes, ténesme ; constipation, défécation, diarrhée.

3° **L'angoisse cardiaque**. — Griffe cardiaque, battements de cœur et palpitations, impression de cœur serré ou de cœur gros, etc.

Souvent, les malades rapportent à leur « cœur » des sensations en réalité afférentes à d'autres organes, respiratoires ou digestifs. Ils disent « cœur serré », comme ils disent : « j'ai mal au cœur » pour signifier : « j'ai mal à l'estomac. » Les Grecs faisaient intervenir davantage, et non sans raison, le diaphragme comme siège ordinaire des émotions.

4° **L'angoisse céphalique**. — Constriction des tempes, sensation de rétrécissement de la boîte cranienne, d'évanouissement des idées, de « vide dans la tête ».

Le visage, le masque de l'anxieux mérite une description à part. L'angoisse faciale s'exprime par une altération des traits caractéristique et saisissante : front ridé, parcouru de plis transversaux et, surtout, verticaux : Ω dessiné par la contraction des muscles de l'arcade sourcilière. Expression d'attention expectante (muscle frontal), de préoccupation chagrine et de renfrognement (muscle sourcilier). Parfois, chair de poule, horreur, au niveau des arrectores pilorum, surtout du cuir chevelu. Les orifices oculaires, nasaux et buccaux sont contractés ; ils ont tendance à se rétrécir transversalement et s'allonger dans le sens vertical. L'œil est mobile, fureteur, égaré, parfois exorbité et, souvent aussi, en mydriase, dilaté par la peur.

Les plis naso-géniens sont creusés et tirés verticalement par l'action prédominante du grand zygomatique ; la commissure des lèvres est abaissée par le triangulaire des lèvres.

Le teint est, ordinairement pâle, rarement congestif. On observe parfois, de la trémulation fibrillaire, surtout au niveau des orbiculaires, de la bouche et des yeux.

L'ensemble du visage contracté, aminci et à prédominance des lignes verticales, compose un faciès creux, grimaçant et convulsif : c'est le masque tragique et concentré de l'anxieux (Devaux et Logre : « Les Anxieux »).

Coexistant avec l'angoisse on observe les phénomènes d'excitation sympathique traduisant la réaction émotive qu'après Binet, Delavierre a décrit dans sa thèse comportant :

Des réactions sanguines, hyperglycémie, leucopénie, hypercoagubilités sanguines.

Des réactions cardio-vasculaires : tachycardie ; bradycardie plus fréquente d'après Binet, modification de la tension artérielle.

Des réactions respiratoires : allure déchiquetée et irrégulière du tracé respiratoire traduisant le frisson respiratoire, frémissement propre des muscles de cet appareil, modification de la chimie par augmentation de l'acide carbonique éliminé.

Des réactions digestives : portant sur la sécrétion ou sur la motricité de la musculature gastro-intestinale, sur la sécrétion hépatique.

Des réactions glandulaires : *rénales*, légère glycosurie, albuminurie. Capitan cite le cas d'une albuminurie provoquée expérimentalement chez le chien par les détonations d'un revolver.

Surrénales : augmentation de l'adrénalinémie due à une hypersécrétion surrénalienne qui constituerait le *primum movens* dont découlent les modifications sécrétoires des autres glandes endocrines.

Thyroïdiennes : hypersécrétion due, d'après les travaux de l'Ecole américaine, aux modifications surrénaliennes (transformation des goîtres basedowifies par l'émotion).

Autres endocrines : suppression des règles, chlorose par troubles de la sécrétion interne ovarienne, modification de la sécrétion mammaire, etc.

Nerveuses : l'application du manomètre de Claude montre les variations parallèles de la pression du liquide céphalo-rachidien.

Ce sont ces réactions, par les perturbations plus ou moins durables qu'elles provoquent, qui vont créer, dans les cas où il n'existe pas de lésion organique décelable, cet état d'éréthisme du système sympathique déterminant ce qu'Heckel appelle « l'état d'imminence » le rendant capable, à l'occasion d'une minime excitation corticale ou viscérale périphérique, de déclancher les phénomènes paroxystiques de l'anxiété morbide : crise anxieuse, accès d'angoisse paroxystique, suivant que les phénomènes psychiques ou physiques dominent la scène.

Une fois cette sorte de sensibilisation établie, « même lorsqu'une cause unique semble avoir été la raison originelle de la maladie, il y a, dit Heckel, le plus souvent un intervalle parfois fort long entre ce

moment et l'apparition des premiers symptômes. Il semble que l'organisme médite sa réponse à l'irritation anormale à laquelle il a été soumis... jusqu'au jour où une cause seconde et de faible importance joue le rôle de la goutte d'eau qui fait déborder le vase. C'est alors une très faible fatigue, une simple contrariété, une indigestion, un choc physique, un incident pathologique sa gravité, qui semble être la véritable cause immédiate de l'accès paroxystique ».

L'accès d'angoisse aiguë.

Tantôt précédé d'une aura, d'une impressionnabilité anormale, tantôt débutant au milieu du sommeil, l'accès d'angoisse éclate brusquement.

Le malade est assailli par une sensation de constriction violente accompagnée d'une anxiété psychique intense. Le plus souvent, c'est la gêne respiratoire qui est très marquée. Il semble au malade que l'air va lui manquer, qu'un obstacle s'oppose à l'expansion du thorax. En même temps, son cœur frappe à grands coups, qui se perçoivent jusque dans le cou, dans la boîte cranienne, mais, surtout, aux oreilles du patient. D'autres fois, son ventre gonfle avec la sensation d'un éclatement inéluctable. Il craint pour sa vie en même temps qu'il a l'impression que les objets prennent un aspect flou ou dansant. Il perd la notion concrète du temps, du lieu et le concept précis de sa conscience et de sa

personnalité. Souvent, une sensation de refroidissement périphérique, de sang qui se retire de ses membres, ajoute à sa certitude de la syncope et de la mort imminente.

Rares sont les cas où le malade reste immobile au milieu de ce tumulte de sensations. Il manifeste l'agitation la plus incohérente ; il tente d'enlever tout ce qui fait obstacle à sa respiration ; il ouvre les fenêtres ou s'il reste assis dans son lit se déplace, se retourne, se dresse à demi sur les bras, se recouche, cherchant la meilleure position à opposer à sa souffrance.

Son visage porte la marque de l'anxiété la plus poignante ; ses yeux supplient un secours. Il annonce qu'il va mourir, qu'il meurt. Il éclate parfois en propos injurieux.

Cet accès se prolonge de quelques minutes à un quart d'heure, quelquefois une heure. Il peut cesser brusquement, laissant le malade prostré, « fatigué à mort ». D'autres fois, on assiste à une dégradation des symptômes dans leur intensité, en même temps que d'autres surgissent qui n'occupaient pas la scène : la respiration devient plus régulière, le cœur ralentit sa tachycardie, l'anxiété diminue mais surviennent, en même temps, des sueurs froides, une sensation de sécheresse de la bouche, des nausées intenses, des tranchées, de la diarrhée, du tremblement.

Enfin, précédant le calme définitif, un impérieux besoin d'uriner se manifeste donnant émission à un

liquide abondant et très clair. Le malade, calmé, ressent surtout sa fatigue, recommence à espérer et raconte le détail de ses impressions.

« Mais, dit Hartenberg, dès lors que l'accès s'est « produit une première fois, quand le malade a fait « l'apprentissage de l'angoisse aiguë, une ère nou- « velle commence pour lui. Le souvenir vivace de « la souffrance subie, sans cesse, entretient chez lui « l'appréhension de son retour. Il vit dans l'attente « anxieuse d'un nouveau paroxysme.

« De plus, il est fréquent que cette anxiété, une « fois établie se fixe sur le souvenir des circons- « tances où elle s'est déchaînée pour la première « fois. Et ainsi se constitue un complexus idéo-émo- « tif, une phobie. »

Nous ajouterons que le malade introspectif craint, également, les associations d'idées concomitantes à son accès d'angoisse et que, conservant une mémoire cénesthésique très grande, toute sensation lui rappelant une de celles éprouvées au moment de la crise, a tendance à faire déclencher celles-ci dans son entier.

A côté de cette description de la crise anxieuse complète il faut citer les formes rudimentaires succédant parfois à un accès d'angoisse aiguë, dont une seule forme subsiste par fixation de l'anxiété sur un symptôme ou certains états ou l'émotivité morbide se traduit par un seul trouble organique.

Hecker, Freud et Heckel ont décrit les attaques rudimentaires de l'angoisse et ses équivalents que

Freud désigne sous le nom d' « états larvés d'angoisse », états d'une fréquence incommensurable dans la vie quotidienne et au sujet desquels Heckel énonce « on peut dire que les états d'anxiété mineure et d'angoisse larvée ou rudimentaire, de même que les équivalents anxieux constituent la première étape morbide entre l'émotion physiologique et les grands symptômes anxieux ».

L'expression clinique de ces états larvés ou rudimentaires peut prendre le même aspect que les attaques paroxystiques déjà décrites, et dont ils sont une réduction, ou bien se manifester par des ébauches de troubles fonctionnels nutritifs ou physiques. « Il s'agit, alors, de minuscules angines de poitrine, de vague oppression asthmatoïde durant quelques minutes, se présentant, après les repas et considérées comme des signes de dyspepsie, alors qu'en réalité il n'y a, en cause, qu'une émotivité morbide avec pseudo-organopathie gastrique. Mais, dans certaines formes isolées, l'anxiété, qui accompagne toutes les formes complètes et permet de les reconnaître, se réduit à un peu de tristesse, d'ennui ou de dégoût, leur faisant perdre tout caractère spécifique ».

Formes rudimentaires.

Dans ces formes on peut ranger :

Troubles secrétoires, sueurs profuses, parfois véritable ruissellement de sueur, pouvant être noc-

turne et faire penser aux petits signes de début de la tuberculose pulmonaire : anomalies sudorales, non seulement quantitatives, mais qualitatives.

Sialorrhée : altération de la sécrétion salivaire par excès pouvant devenir, par sa déglutition, une cause accessoire d'aérophagie ou aptyalisme (xylostomie d'Heckel, xérostomie de Hutchinson et Hadden).

Troubles digestifs, crampes d'estomac, sensation de faim angoissante, boulimie émotive et anxieuse, anorexie psychique ;

Vomissements et nausées sans cause apparente, sans retentissement sur l'état général ;

Poussées de flatulences intestinales ; crises de borborygmes ;

Formes larvées à type douloureux : pseudo-appendicite, surtout entérocolite muco-membraneuse, entéro-névrose de G. Lyon.

Diarrhée et constipation calmées par les sédatifs sympathicotropes « les anxieux sont, d'ailleurs, dit Heckel, d'une extrême sensibilité aux purgatifs qui leur réussissent assez mal, produisant chez eux une dépression disproportionnée ».

Troubles urinaires, formes rudimentaires vésicales, bégaiement vésical.

Troubles respiratoires, toux anxieuse, enrouement émotif, paresthésies des muqueuses du nez, du larynx, du pharynx.

Troubles circulatoires, formes pseudo-angineuses, tachycardie. Troubles nerveux, formes vertigineuses sans accompagnement de déplacement des objets

autour du malade, sensation de vide dans la tête.

Modification de volume du corps, sensation de gonflement général ou localisé à la poitrine et à l'abdomen.

Formes névralgiques, migraines, myalgies.

Terreurs nocturnes des enfants.

Tous ces troubles sont souvent accompagnés des petits signes d'émotivité anxieuse, de tremblements sans lésion organique que l'on retrouve par l'interrogatoire. On les trouve également décrits dans l'étude des sympathicotonies.

Ils semblent bien être, en effet, du domaine du système neuro-végétatif, mais créés par l'émotivité anxieuse, par la tendance de l'organisme à subir les moindres sollicitations de l'esprit, comme l'esprit subit ses réactions, donnant l'impression qu'a été supprimée entre eux une barrière qui les défend normalement l'un contre l'autre et qui, au lieu de ne céder qu'à l'ébranlement intense d'une émotion violente, se laisse ici passer par la moindre excitation.

Qu'elle succède à une crise d'angoisse aiguë, ou qu'elle se développe primitivement chez un individu, sous l'influence de la constitution émotive ou de sommations émotives provoquées par des causes diverses, l'anxiété chronique se présente avec les mêmes caractères cliniques.

Nous avons décrit plus haut les modifications de caractère qu'entraîne l'anxiété prolongée, constituant le tempérament anxieux. Il est difficile de dire à quel moment le tempérament devient maladie.

L'instabilité psychique, physique et fonctionnelle domine la vie des anxieux. Leur impressionnabilité présente ce caractère général d'être contradictoire, l'alternance de leurs réactions pouvant faire croire que le caprice règle seul leur vie psychique ou physique et leur donnant, parfois, l'apparence de simulateurs.

L'aspect objectif décèle cette impressionnabilité.

La constitution physique n'est pas d'un type uniforme. Gros et maigres, femmes et hommes peuvent être atteints d'hyper-émotivité anxieuse.

Les traits sont accentués en méplats et saillies, gravés dans le sens des muscles, marquant les sillons nasogéniens, les extrémités de la bouche

s'abaissent, la bouche, elle-même, est serrée, « leur faciès grippé et concentré contribue à leur donner mauvaise mine contrastant souvent avec la juvénilité persistante du visage et du corps même dans l'âge avancé », remarque Heckel.

Froncement du sourcil, plissement de la partie médiane du front, omega mélancolique, mimique dont Hartenberg fait remarquer qu'on l'a dénommée à tort ainsi car elle traduit non pas la tristesse mais l'anxiété.

On observe souvent l'énophtalmie ou l'exophtalmie.

Arnaud donne cette description des gestes de l'anxieux :

« Dans les mouvements de ces malades, on relève les caractères généraux d'incertitude et d'hésitation qui distinguent leurs manifestations purement psychiques. Toutes les réactions motrices sont troublées à divers degrés mais l'altération atteint son maximum dans les mouvements volontaires et, plus particulièrement, dans les mouvements complexes et délicats. Les sujets sont des maladroits ; leurs mouvements manquent, à la fois, de rapidité, de sûreté et de précision. Quand il s'agit, simplement, de toucher un objet quelconque, en dehors de toute préoccupation spéciale, les mouvements sont, le plus souvent, incertains, hésitants, comme spasmodiques. Quel que soit l'acte à accomplir, les mouvements directs et harmoniques sont remplacés par des mouvements fractionnés, par de véri-

tables tâtonnements. Très souvent, l'acte reste en suspens et ne peut être accompli qu'après plusieurs tentatives infructueuses ».

Il faut y ajouter tous les gestes ébauchés, les attitudes de défense des mains, qui se portent, en tremblant, vers un endroit du corps pour le protéger, les gestes sociaux destinés à masquer leur état, etc.

Le caractère de l'anxieux est essentiellement variable et mobile. Le fond en est formé par l'ennui et l'inquiétude aussitôt qu'il est inoccupé.

L'impatience est générale car l'attente se double toujours d'anxiété. Les anxieux ne peuvent accepter une règle stricte ni se plier à une discipline.

Le pessimisme, le scepticisme, sont l'attitude favorite de leur esprit, souvent, par une certaine superstition, qui les leur fait afficher, pour provoquer d'autrui la suggestion contraire qui leur donnera l'espoir et la foi, c'est en eux-mêmes qu'ils sont en réalité inconfiants.

Ils sont, rarement, insociables, sauf dans leurs accès paroxystiques parce qu'ils cherchent, dans l'élément nouveau d'une société, une distraction à leur tourment. Mais ils sont inconstants dans leurs relations, celles-ci étant fonction, précisément, du facteur de dérivation ou d'influence bienfaisante que représente tout individu.

Leur jugement est bon, mais partial, l'enthousiasme et l'indifférence injustifiés, l'entêtement et l'obstination, formules inhibitoires du jugement et de la volonté, sont de toute banalité chez eux.

L'imagination est brillante et excessive, mais se retourne, le plus souvent, contre eux, comme un facteur qui, par son jeu, multiplie leurs craintes par l'étendue de ses interprétations pessimistes.

L'activité est conditionnée par l'état plus ou moins anxieux du malade, qui y trouve, en même temps, la dérivation qu'il souhaite mais aussi, l'anxiété, liée à tout effort. Elle est alors surtout fertile en projets dont, d'ailleurs, la non réalisation est, par suite, une cause de dépression ; bien qu'il faille reconnaître que beaucoup n'attachent aucun esprit de réalisation à ces projets dont la construction est plutôt une distraction destinée à les rassurer sur leur force.

La mémoire est, généralement intacte, mais prépondérante en tout ce qui touche à leur affectivité propre et aux troubles qu'ils présentent. Inégale, parfois nulle pour autrui, surtout par le manque d'attention qu'ils accordent aux phénomènes extérieurs à leurs préoccupations.

Leur attention est liée à leur affectivité tendant à se fixer et à se cristalliser sur les représentations qui la touchent. Leur affectivité, comme leur moralité, est instable.

Sympathie et antipathie sont fonction du moment ou de l'utilité.

Leur moralité est inégale avec souvent des scrupules liés à des explications psychologiques de leurs troubles.

L'intelligence des anxieux peut être remarquable.

Ils possèdent, surtout, une intelligence intuitive par leur faculté de projeter leur sensibilité.

Signes fonctionnels.

L'hyper-émotivité anxieuse s'accompagne, en dehors de l'angoisse de signes fonctionnels, que nous avons déjà étudiés à l'état d'ébauche comme signes fugaces de réactions émotives.

Dans l'anxiété chronique on retrouve les stigmates physiques de la constitution émotive de Dupré en même temps que l'organisation, à l'état permanent des réactions sympathiques par l'anxiété.

L'état spasmogène est primordial. On note une prédisposition marquée aux réflexopathies. On constate une grande excitabilité réflexe, se traduisant, dans tous les domaines, tendineux, musculaires, cutanés ou sensoriels.

La percussion du réflexe patellaire provoque une brusque détente de la jambe.

Les pupilles réagissent vivement à la lumière.

L'ébranlement sensoriel a une tendance inusitée à la persistance, pouvant causer des paroxysmes vertigineux, syncopaux, vaso-moteurs. Les odeurs, surtout les odeurs éthérées, semblent impressionner fortement le malade, parfois, comme c'était le cas chez un de nos patients, provoquant, par association à des soins reçus, la crise anxieuse.

La sensibilité cutanée est exaltée, expliquant la fréquence des névralgies et paresthésies.

L'excitabilité vaso-motrice de la peau se traduit par la pâleur et la rougeur brusques, du dermographisme, de l'urticaire, du purpura.

L'excitabilité neuro-musculaire se traduit, sur la musculature striée par le tremblement ; sur les muscles lisses par le spasme.

L'excitabilité générale du système nerveux est, souvent, cause de cauchemars et d'insomnies en même temps que la persistance des impressions de rêve peut amener une tendance à une certaine confusion des représentations mentales du sommeil avec celles de l'état de veille.

Du côté digestif, on observe l'état saburral de la langue, des pseudo-organopathies par troubles secrétoires, anorexie, boulimie ; vomissements passagers ou durables ; par des troubles de la sensibilité, la gastralgie, ou paresthésies gastriques ou solaires, sensation de lourdeur, de ballonnement, etc.

Par l'association de l'état spasmogène des troubles secrétoires et des plexalgies peuvent se créer de nombreux syndromes digestifs pseudo-organopathiques dont l'entérite muco-membraneuse est, dit Heckel, l'un des plus ordinaires.

Il faut noter, aussi, l'idiosyncrasie remarquable pour certains aliments ou médicaments.

Les anxieux se signalent par leur instabilité vaso-motrice. Le pouls est, généralement, petit mais bien frappé, plus souvent rapide que ralenti. C'est, surtout, son instabilité qui est remarquable. Cette instabilité n'est pas lésionnaire car le cœur s'adapte

aux efforts physiques et se ralentit après quelques instants de tachycardie.

L'hypotension, dit Binet, est plus fréquente que l'hypertension. Mais, il existerait, d'après Heckel, une hypertension émotive, débutant, souvent, dans la jeunesse chez les névropathes anxieux et obsédés, due à un spasme périphérique généralisé avec cœur normal, non hypertrophié à la radioscopie, sans insuffisance rénale, azotémique, hydrémique ou chlorurémique.

Les variations du rythme cardiaque : arythmie, tachycardie, bradycardie, sont habituelles et sont, chez les malades la cause de croyance à de fausses cardiopathies entretenues par les palpitations par les troubles de la sensibilité, de toutes variétés : paresthésies de la région cardiaque et précordiale thoracique.

L'éréthisme circulatoire avec spasme, se traduisant par l'intensité des bruits d'auscultation vibrants et clangoreux, l'impulsion brusque, le choc cardiaque perceptible douloureusement par le malade, s'accompagnent d'éréthisme vaso-moteur, cause de battements vasculaires appréciables à la palpation ou même à la vue au niveau de chaque bouquet vasculaire, surtout exalté après les fatigues, les repas ou les émotions.

L'insatisfaction respiratoire, l'oppression pouvant atteindre au pseudo-asthme ou asthme nerveux sont les formes fréquentes d'anxiété respiratoire. Des paresthésieslaryngées et trachéales, des algies thora-

ciques diverses simulent les différents symptômes douloureux des maladies respiratoires et créent, ou entretiennent, avec la toux spasmodique, la tuberculophobie.

Nous avons déjà vu les troubles de la voix, qui, chez certains anxieux, comme c'est le cas dans une de nos observations, peuvent indiquer, par la raucité, l'atonie, le timbre spécial, l'état mental et le tonus émotif à tout moment.

L'instabilité secrétoire des glandes endocrines entraîne des troubles de la nutrition en même temps que l'instabilité des fonctions génésiques, produisant l'impuissance émotive ou entraînant des troubles des fonctions menstruelles, provoquent des phobies et obsessions ou anomalies de tendances sexuelles d'une grande fréquence chez les anxieux.

Enfin, nous avons trouvé de l'instabilité thermique, pseudo-fièvre nerveuse dans les paroxysmes prolongés, des variations du poids, du volume, de la densité, phénomènes de toute banalité chez les émotifs.

Nous nous excusons de ne donner l'étude des causes qu'après la description générale de l'émotivité anxieuse, contrairement à la logique ordinaire qui fait placer l'étiologie avant la description. Mais c'est que l'étiologie de ces états reste peu sûre et que bien des facteurs, considérés comme causals, pourraient être des produits de l'émotivité anxieuse, ce qui revient à dire qu'on ne sait pas bien, dans cette lutte entre l'esprit et le corps, qui a commencé le premier et il nous a semblé que la description préliminaire des symptômes permettrait mieux un jugement qui, par l'admission d'une certaine étiologie, implique la reconnaissance d'une doctrine pathogénique.

En premier lieu, vient la constitution émotive de Dupré, dont la constitution anxieuse n'est qu'une forme.

Le milieu familial, l'éducation, interviennent comme un facteur important dans le développement des anamolies émotionnelles. Enfants qui ne connaissent aucune censure, qui n'apprennent pas à obéir, à se soumettre à une discipline individuelle, enfants qui obéissent à toutes les impulsions de leurs sentiments ou sensations et deviennent la proie de toutes les suggessions parasites ; l'éduca-

tion trop religieuse, trop intellectualiste avec les refoulements qu'elle entraîne, avec la tendance au mono-idéisme a son influence. Mais c'est surtout au surmenage intellectuel, au travail intensif sans l'équilibre de la fatigue musculaire, au système de classement, qui fait déjà des élèves de jeunes ambitieux, continuellement en état d'attente d'une puissance, qu'il faut attribuer une des places primordiales dans le surmenage émotif.

Les chocs émotifs :

Soit un choc émotif intense, laissant après lui une anxiété prolongée ;

Soit de petites émotions répétées, produisant une surcharge des appareils émotifs par des ébranlements trop rapprochés, entretiennent ou provoquent l'émotivité.

La dépression nerveuse est génératrice d'anxiété.

Les troubles gastro-intestinaux déterminent l'anxiété, soit par l'intoxication du système nerveux, due aux produits de fermentation ou de putréfaction soit par les désordres fonctionnels provoquant l'intervention de l'angoisse.

Parmi ces derniers il faut insister sur le retentissement cardiaque des troubles digestifs : déplacement mécanique du cœur par l'estomac météorisé, refoulement du diaphragme par la poche de gaz gastriques, appuyant de bas en haut sur le cœur et créant une gêne fonctionnelle s'accompagnant d'angoisse.

M. le professeur Vaquez, dans son ouvrage sur

les arythmies a étudié les troubles cardiaques : tachicardie, arythmie, bradycardie, fausses angines de poitrine, qu'on observe au cours des troubles gastro-intestinaux.

Les affections cardio-vasculaires peuvent engendrer l'angoisse et l'anxiété.

Les crises douloureuses des affections abdominales, coliques hépatiques, néphrétiques s'accompagnent d'angoisse.

Les maladies de l'appareil respiratoire par la gêne et la dyspnée qu'elles provoquent, les maladies organiques du système nerveux s'accompagnent, parfois, d'anxiété. Les maladies chroniques de la nutrition sont, d'après Heckel, des causes ou des suites de l'anxiété. Les auto-infections par insuffisance hépatique, rénale, etc., les exo-intoxications, alcool, café, thé, tabac, opium, morphine, cocaïne par l'imprégnation des centres végétatifs sont susceptibles de développer chez le malade l'hyperémotivité anxieuse. Les maladies infectieuses agiraient de même par les toxines microbiennes. Les déséquilibrations glandulaires, dysthyroïdies plus ou moins frustes, disovaries, etc.

Enfin, l'insatisfaction sexuelle, base de la théorie freudienne sur la pathogénie de la névrose d'angoisse joue, certainement, un très grand rôle.

Toutes épines irritatives dont on ne peut savoir si elles ont créé l'anxiété ou l'accompagnent et l'entretiennent.

Quoi qu'il en soit, il semble qu'il y ait, entre l'élé-

ment purement psychique de l'émotion, d'une part, et sa traduction dans le domaine végétatif ; entre l'ébranlement végétatif d'autre part et sa répercussion dans le psychisme, un seuil qui n'est franchi normalement d'un côté ou de l'autre qu'à de rares occasions.

Tout se passe dans l'anxiété morbide comme si cet automatisme de réfrènement était troublé, soit qu'il ait existé et que la sommation des émotions ait resserré le lien entre le psychisme et le végétatif soit qu'il ait été troublé primitivement par la constitution native du sujet, secondairement par son éducation ou par la trop grande intensité des excitations venues de la périphérie. C'est cet éréthisme psycho-réflexe qui est à la base des états anxieux,

Nous terminerons notre étude de l'hyper-émotivité anxieuse par celle des phobies, corollaires de l'anxiété, accidents anxieux systématisés, presque toujours liés à ces états, laissant de côté les obsessions et les impulsions moins fréquentes et dont le mécanisme ne nous semble pas relever uniquement de l'émotion anxieuse.

La quantité et la variété des phobies est innombrable car l'émotivité anxieuse peut se fixer sur tous les objets et il se construit, de ce point de départ, un processus imaginatif qui vient enrichir la possibilité de déclenchement phobique (associations de coïncidence, de contraste, etc., devenant elles-mêmes des éléments phobiques).

On les a classées schématiquement, en sept catégories (Pitres et Régis) classification qui ne tient compte que de l'objet des phobies et non de l'état d'esprit phobique par rapport à l'objet, qui serait obligée d'envisager une pathogénie difficile à prouver puisque, par exemple, rien que pour l'agoraphobie, de nombreuses opinions ont été émises concernant son origine. Les unes l'attribuent à un phénomène organique, trouble du pouvoir de convergence visuelle (Bénédict) ; trouble épileptique (Westphal) ; trouble psychomoteur de Cordes, mécanisme pure-

ment psychologique de Fournet, vertige de l'étendue comparable à celui des hauteurs (Hartemberg).

Nous adopterons donc la classification généralement admise tout en pensant que, du point de vue psychothérapique il est moins intéressant de connaître l'objet, parfois pure rencontre de coïncidence avec l'état anxieux, que l'exagération ou la diminution d'un certain sens auquel répond, sinon la phobie, du moins ce qui s'organisera autour d'elle.

Nous envisagerons donc les phobies des objets, phobies des lieux, des éléments, des êtres vivants, des maladies, des anomalies corporelles, des actes.

Pour la **phobie des objets**, on pourrait distinguer celles qui comportent à la base une sensation tactile désagréable (métallophobie) : métaux, cuivre, fer, verre, étoffes satinées, duvet de fruit, poils (tricophobie).

Celles qui représentent une menace directe contre l'individu : crainte des objets pointus (aichmophobie), armes, couteaux, épingles, aiguilles, phobie des allumettes, des bijoux à facettes taillées, du jais (jalophobie).

Celles qui représentent un danger de maladie : crainte de la saleté (rupophobie), des poussières (misophobie), des poisons (toxicophobie) ou une évocation de maladie, hématophobie, nécrophobie.

Les **phobies de lieu** ou topophobie s'accompagnent en même temps que l'angoisse, inhérente à toutes les phobies, de vertiges plus ou moins violents

et de sensations spéciales de légèreté ou de poids.

La plus classique est l'agoraphobie, ou peur des espaces de Legrand du Saulle, dont Arnaud donne cette description :

« La peur des espaces est caractérisée par les phénomènes suivants : En présence d'un espace vide, dans les conditions que nous venons d'indiquer, le sujet éprouve brusquement une crainte angoissante, accompagnée d'un tremblement général, de faiblesse des membres inférieurs, de palpitations cardiaques. L'angoisse est, surtout, cérébrale. Le sujet a l'impression confuse, s'il s'agit d'un espace à traverser, que la distance à franchir est énorme, qu'il n'y parviendra pas. Il éprouve un serrement aux tempes, une sensation de vide céphalique, une confusion profonde dans les idées. Il est dans l'impossibilité d'avancer. Si la situation se prolonge si le malade essaie, par un effort de volonté de dominer l'anxiété qui, en quelque manière, le paralyse, il peut se faire qu'il réussisse à marcher et qu'il franchisse le pas difficile sans autre inconvénient que la persistance d'un malaise très pénible.

« Mais le cas est rare. Le plus souvent, presque toujours pourrait-on dire, la situation en se prolongeant, ne fait que s'aggraver. Les efforts du malade n'ont d'autre résultat que d'accentuer tous les symptômes. L'angoisse cérébrale du début s'accompagne d'une constriction épigastrique ou thoracique. Il se produit des alternatives de chaleur et de froid, des sueurs profuses, des étourdissements, des

bourdonnements d'oreille, des vertiges et le tout peut aller jusqu'à la syncope.

« Pour faire cesser la crise ou même l'empêcher de naître, il suffit très souvent de la circonstance la plus simple. Aucune émotion ne se produira si, par exemple, le malade est accompagné, s'il peut s'appuyer, soit au bras de quelqu'un, soit sur un parapluie ou une canne (Westphal) ou, encore, s'il y a beaucoup de monde sur la place ou dans la rue à traverser, si le sujet longe les maisons, s'il suit une voiture traversant la place.

« L'idée seule, la représentation mentale des espaces vides, peuvent déterminer un accès aussi complet que leur vue elle-même. Un malade de Morel, à l'abri dans son appartement est pris d'une violente crise allant jusqu'à l'état syncopal parce que, au moment où il venait de se coucher, son domestique lui apprend qu'il existait un puits dans le jardin avoisinant sa chambre.

Les symptômes, que nous avons indiqués, sont ceux qui se retrouvent d'une façon constante, avec de simples différences de degrés, chez tous les malades atteints d'agoraphobie. Il s'y ajoute, parfois, des troubles particuliers, variables d'un malade à l'autre, et qui consistent, principalement, en l'altération de la sensibilité.

Une malade de Legrand-Dusaulle par exemple, a la sensation qu'elle s'enfonce dans de l'argile, que le sol rebondit, puis qu'elle enfonce encore. Dans un cas de Wesphal, le malade disait que les pavés

lui semblaient couler en torrent sous ses pas.

Les sujets, dont il s'agit ici, ont conscience de leur état morbide et ils en souffrent cruellement. Poursuivis sans cesse par l'appréhension de leurs ridicules terreurs, ils luttent péniblement contre leurs angoisses et s'adressent des reproches et des exhortations. Mais, livrés à eux-mêmes, après quelques succès partiels, ils finissent, toujours, par succomber. Leur force de résistance diminue du fait même de leurs défaites successives et de l'attention obsédante qu'ils prêtent à leur maladie. Ils se découragent de plus en plus, ils ont peur de devenir fous ou de mourir subitement dans une crise, ils éprouvent le besoin impérieux d'être rassurés à cet égard. Quelques-uns désespèrent complètement et ils cherchent à en finir par le suicide. Mais, le plus souvent, leur volonté débile est incapable de l'effort nécessaire à l'accomplissement de l'acte et leurs tentatives avortent.

La plupart n'en viennent pas là et se contentent d'éviter, par un genre de vie spéciale, les occasions de danger. Ils se logent au rez-de-chaussée, ils sortent le moins possible et, quand ils y sont obligés, ils évitent les places et les larges rues ; ils choisissent les heures où ils croient avoir plus de chance de rencontrer des passants, ou bien, encore, ils ne sortent qu'accompagnés ; ils évitent de monter aux étages supérieurs, de se mettre à un balcon, à une terrasse, de regarder par la fenêtre, etc.

Toutes ces précautions compliquent singulière-

ment leur existence, et leur interdisent à peu près toute occupation régulière.

Nous avons vu plus haut les différentes théories, qui ont été émises sur la nature de l'agoraphobie. Nous croyons qu'il y a de nombreuses agoraphobies et que l'explication d'Hartenberg : « L'angoisse ressentie en face des grands espaces vides me paraît être une réaction instinctive semblable à celle du vertige banal des hauteurs. Ce serait une sorte de vertige de l'étendue, de vertige horizontal à opposer au vertige vertical, » est celle qui serait, le plus généralement, applicable à nos observations, en tenant compte qu'à cette angoisse instinctive chaque anxieux fixe la forme de son anxiété.

A cette agoraphobie se rattache la peur des sommets, des précipices, de certains lieux, ou même de certains détails d'un lieu (un de nos malades, ayant la crainte des musées, avait la phobie des carrelages).

La claustrophobie, peur des lieux fermés, n'est l'inverse de l'agoraphobie que dans sa terminologie. Dans l'agoraphobie, il y a une recherche d'adaptation motrice ; dans la claustrophobie, il y a le plus souvent exagération morbide de l'impression d'étouffer dans une pièce étroite, la sensation d'une limitation des mouvements, d'un emprisonnement.

La peur des chemins de fer, des voitures, peut être liée aux sensations vertigineuses ou nauséeuses liées à ces moyens de transport.

De même celle des bateaux.

Phobie des éléments. — Ceux-ci représenteront une menace directe, peur du feu (pirophobie), peur de la mer (thalassophobie), des rivières (potamophobie), peur de l'air, du vent, d'courant d'air.

La peur de la terre (geophobie) n'est, sans doute, qu'une variante de la nécrophobie. Ce sera, parfois, une menace métaphysique (astrophob. de Beard). La nyctophobie, peur de la nuit, la kéraunophobie, phobie de l'obscurité, nous semblent se rattacher au mécanisme de la claustrophobie.

Les phobies des êtres vivants pourront être divisées en deux groupes : zoophobie et anthropophobie. Les zoophobies sont souvent liées à la représentation de sensations tactiles généralement désagréables, crapauds, poissons, serpents ; ou liées à l'idée de maladie, araignées, chenilles, punaises, rats, souris; ou de menaces directes, peur des chiens, cynophobie, peur des chats, galéphobie.

Il semble qu'il y ait à la base des anthrophobies une représentation sociale. Nous croyons moins à la peur de l'homme qu'à la peur d'une représentation de soi-même à travers la psychologie d'un autre humain.

La timidité n'est qu'une angoisse devant l'inconnu de sympathie ou d'antipathie. Le timide ne croit pas à l'indifférence sociale. Nous avons eu l'occasion d'observer un cas de phobie du regard, décrite par Hartenberg, chez une personne qui la traduisait en nous regardant continuellement dans les yeux, par la crainte que des regards détournés nous la fit

considérer comme sournoise ou « remplie d'arrière-pensées », et qui, plus tard, connaissant mieux notre jugement de sympathie, reprenait une attitude normale pour la quitter aussitôt qu'entrait une personne étrangère.

La phobie de la foule peut s'observer par impossibilité de prendre contact et est liée à cet inconnu de sympathie ou antipathie. C'est, en grande partie, à elle qu'est dû le « trac » dont un acteur nous disait qu'il s'en défendait en prenant, dans les spectateurs, un individu quelconque comme centre de jugement.

Les phobies de maladies peuvent être des craintes par menace directe associées à la tanathophobie, peur de la mort, ou être des représentations de diminution sociale ou de honte.

De même, **les phobies des anomalies ou difformités corporelles**, dont l'érotophobie, décrite par Chaumat dans sa thèse, est une forme fréquente.

La phobie des actes physiologiques est liée à la représentation d'un danger immédiat dû à un changement dans la position du corps ; stasophobie, peur de se tenir debout ; basophobie, peur de marcher ; ananastasie de Régis ; impossibilité de se lever quand on est assis ; ananabasie où le malade ne peut monter ; mais elle peut être due, souvent, également à la représentation d'un jugement social, logophobie, graphophobie, phobie des actes professionnels, etc.

OBSERVATIONS

Voici une première observation, prise en 1922 : un camarade comédien était venu nous demander de l'ausculter, craignant d'avoir une angine de poitrine. N'en ayant trouvé aucun signe, son observation fut prise pour pouvoir le présenter à notre regretté maître, le Dr Berger, de Broussais. Il semble bien qu'il s'agisse là d'accidents liés à l'émotivité anxieuse (il préparait, à la même époque son concours de sortie au Conservatoire). De plus, par la suite, son émotivité lui interdit de « continuer le théâtre » à cause de semblables phénomènes qui le maintinrent dans l'idée fixe de sa cardiopathie.

OBSERVATION I

M... R..., 22 ans, comédien. Observation prise le 12 juin 1922.

Vient consulter pour des douleurs de la région précordiale à prédominance nocturne, l'empêchant de dormir où le réveillant au milieu de la nuit, avec sensation d'arrêts du cœur.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une maladie de cœur (sans autre indication). Mère vivante. Aucun renseignement sur sa santé. Ni frères ni sœurs.

Antécédents personnels. — Faux croup en 1907 ; appendicite opérée à froid en 1910. Pas de rhumatismes, ni rougeole, ni scarlatine dans l'enfance. Ajourné au service militaire pour palpitations et mauvais état général. Ne fume pas, ne boit pas de café sauf au moment de son conseil de révision où il avoue en avoir bu en grande quantité pour obtenir ces palpitations.

Histoire de la maladie. — La maladie a débuté au commencement de juin. La première fois, M... R... a été réveillé par une douleur transfixiante au cœur « comme un coup de poignard » qui a duré dix minutes, puis s'est atténuée. Depuis, chaque soir, sitôt qu'il est couché, il sent une douleur au même endroit qui, s'il s'endort, le réveille une ou deux fois au milieu de la nuit.

En même temps, il présente, depuis le lendemain de la première crise, de la dyspnée d'effort, de l'arythmie et des arrêts du cœur s'accompagnant presque de syncopes.

Examen physique. — Assez bon aspect général, faciès un peu pâle, malade plutôt maigre, mais l'ayant toujours été.

Examen pulmonaire. — Rien à l'auscultation ni à la percussion.

Cœur : les bruits du cœur sont normaux. Pas de signes de lésion orificielle. Dimensions du cœur : normales. Pas de battements artériels.

Tube digestif : le malade se plaint d'une douleur au creux épigastrique après les repas. Il est assez constipé avec des alternances de diarrhée. A la percussion la limite inférieure de l'estomac se trouve à 2 centimètres au-dessus des crêtes iliaques.

Point douloureux au toucher de la région épigastrique.

Foie non douloureux. Projection sur le plan thoracique sur la ligne mammaire : 12 centimètres.

Examen fonctionnel : pouls 95 ; température 37°3 ; tension (Vaquez) 13,7 ; urine : albumine négative ; sucre, négatif.

Diagnostic de M. le Dr Berger : aucune lésion cardiaque décelable à l'auscultation. Radio du cœur et de l'estomac. Diagnostic radiologique. Cœur normal, sans hypertrophie. Estomac hypersténique sans augmentation de la poche des gaz.

Notre maître, le Dr Berger recommanda à ce malade le repos à la campagne, de calmer ses nerfs, d'éviter les émotions et les contrariétés et de ne pas prendre de café.

OBSERVATION II

Prise à l'hôpital militaire de Germersheim, juillet 1924.

M... B..., sous-lieutenant au 64e R. T. M., 35 ans.

Vient nous trouver pour des troubles vasculaires périphériques, caractérisés par une sensation de « froid mortel des jambes comme si le sang se retirait de ses membres » accompagnée de crises anxieuses paroxystiques avec sensation de mort imminente, d'agoraphobie et de claustrophobie. Le malade reconnaît que ce sont là des phénomènes nerveux mais croit nécessaire d'envoyer sa démission au ministère de la Guerre. Il s'agit d'un homme de 35 ans, d'apparence solide, légèrement obèse, dont voici l'histoire :

Il s'est toujours bien porté, a fait la guerre à l'armée d'Orient. Passe à l'armée du Maroc en dernier. Jamais de paludisme ni dysenterie.

Son père est mort à 72 ans d'un cancer du rectum. La mère, qui vit toujours, est sujette à des crises nerveuses sans convulsions. Le malade a vécu peu dans l'atmosphère familial, ayant passé, d'abord, son enfance à l'Ecole Militaire de la Flèche, puis placé, comme pensionnaire, dans un collège de province à la suite de son renvoi, après deux fuites de l'établissement militaire, dont il dit que la discipline était très sévère.

Après son baccalauréat, passé sans difficultés, il veut entreprendre la carrière des lettres, mais son père, ancien officier, l'oblige à préparer l'Ecole de Saint-Cyr. Il est obligé d'interrompre ses études peu de temps avant l'examen car il a maigri, il est faible et respire difficilement, avec quelques accès de dyspnée Le médecin de la famille suspecte une tuberculose et l'envoie à la campagne pour six mois avec interdiction de tout travail intellectuel. Ayant repris du poids et se portant mieux, il est renvoyé à ses études, qu'il entreprend, cette fois, sans répugnance, ses velléités littéraires étant passées. Ne signale rien de son passage à Saint-Cyr.

A fait la guerre dans l'armée d'Orient. Après la guerre, est envoyé au Maroc, d'où, pour lui, date le début de sa maladie.

En effet, parti, un jour, en reconnaissance avec quelques hommes, il se trouve, brusquement, abandonné par ceux-ci. Voici comment il décrit, lui-même, cet événement :

« J'étais sorti, la nuit, du fortin avec cinq hommes de la tribu des pour aller en reconnaissance, car on nous avait signalé des mouvements inquiétants dans la tribu des qui avait fait sa soumission six mois auparavant.

Le commandant m'avait prévenu que deux des indigènes, avec qui je partais, étaient suspects et à surveiller. J'avais, avec moi, un sergent français. Brusquement, à un kilomètre environ du camp, j'entendis un cri du sergent, qui était à cent mètres de moi environ et je le vis tomber tandis qu'une balle sifflait à mes oreilles et que mes cinq indigènes s'enfuyaient du côté des rebelles. Je me précipitai au secours du sergent, qui était mort, la gorge coupée par un coup de machetta. A ce moment, je sentis mes jambes devenir de plomb. Je ne pouvais pas bouger, tout en sentant le péril de ma situation. J'avais une peur atroce et je ne pouvais faire un pas. De plus, je n'osais retourner au fortin avec ma triste nouvelle après l'avertissement du commandant. Je me sentais m'évanouir. Je me suis étendu à terre et, en rampant, j'ai regagné les abords du fortin. Mais quand je voulus me relever, je fus obligé de m'étendre à nouveau, mes jambes ne me soutenaient pas, elles étaient comme mortes, froides, et ce sentiment de glace gagnait mon ventre. Je crus même que j'avais reçu une balle et, chose curieuse, cela me redonna le courage de marcher debout, tant bien que mal ».

A la suite de cet accident, il reste encore six mois au Maroc, très déprimé, nerveux, mais sans agoraphobie ni crise anxieuse définie. C'est plutôt un sentiment de honte, qu'il ne peut secouer. Il est envoyé en convalescence chez sa mère.

Quelques jours après, il fait, la nuit, un accès de suffocation avec angoisse, sentiment qu'il va mourir étouffé ; il ouvre la fenêtre et il n'ose se recoucher parce qu'il lui semble que, « s'il se couche, ce sera pour ne plus se relever ».

Il s'endort dans un fauteuil. Le lendemain, dans la rue, il sent le froid gagner tout son corps en même temps qu'il a le sentiment d'une syncope imminente. Il retrouve, alors, toutes les sensations de sa première émotion au Maroc, sans pouvoir s'étendre dans la rue. Il est ramené, dans un taxi, chez lui, où il se sent mieux.

Depuis ce jour, agoraphobie. Il ne peut sentir ni l'odeur, ni la vue des fleurs jaunes car c'est sur une chaise, chez un fleuriste, qu'on l'a fait asseoir en attendant l'arrivée d'un véhicule et l'odeur ou la vue de ces fleurs détermine chez lui un accès d'anxiété.

Une seconde crise de dyspnée l'ayant prise la même nuit, alors qu'il était couché dans son lit, il prend l'habitude de coucher dans un fauteuil, la fenêtre et la porte de sa chambre ouvertes pour pouvoir appeler du secours. Un médecin consulté lui dit que tout cela est nerveux et parle, en même temps, d'asthme dont la crainte, dans la suite, ne le quittera plus. Il est envoyé, pendant deux mois, en pleine campagne, chez des fermiers, et là, trouve un peu de repos, quoiqu'il conserve la manie de dormir dans son fauteuil, sans clore les ouvertures de la chambre. Il peut marcher dans la campagne. « Mais, dit-il, parce qu'il sait qu'il pourra se coucher à terre s'il sent quelque chose. » Mais la vue de quelqu'un, venant à sa rencontre, augmente son anxiété.

Il semble, cependant, qu'il ait eu là, quoi qu'il en dise, un grand apaisement nerveux, car il parle de ce temps avec plaisir et c'est au milieu de ce séjour que, se reprenant à faire des projets d'avenir, il demande à reprendre son service, tout en permutant, pour ne pas retourner au Maroc. Il est alors envoyé en Allemagne à l'armée d'occu-

pation. Mais, après quelque temps, tous ses symptômes lui reviennent. Il vient nous trouver à l'hôpital.

Etat actuel (10 juillet 1924). — Le malade a les traits tirés. Son attitude est attentive, il a bon aspect. Il est légèrement obèse : 80 kgr. 700 et mesure 1 m. 72. « Il a toujours conservé un bon estomac et un bon appétit, dit-il, et c'est ce qui l'a sauvé. »

Examen physique. — Cœur : bruits cardiaques normaux, peut-être second bruit un peu claqué, pas de souffle, une certaine intermittence.

Tension (Vaquez-Laubry) 11 1/2 — 5 ; pouls 68 ; mauvaise circulation périphérique ; mains et pieds pâles, légèrement bleutés et moites.

Poumons : pas de signes de lésion pulmonaire. Respiration lente un peu superficielle.

Tube digestif : estomac percutable deux doigts au-dessus de la ligne iliaque. Pas de douleur au creux épigastrique. Foie non augmenté de volume ; rate non percutable.

La peau, en général, est plus froide, sur le corps qu'à la face qui, d'ailleurs, rougit souvent par accès, sans cause dit le malade. Elle est pâle et moite.

Le passage du doigt sans pression laisse une large trace dermographique blanche, sans zone rouge.

Réflexes. — Le malade ne signale aucune maladie vénérienne. On ne trouve ni trace de chancre ni de lésion muqueuse, non plus que d'écoulement.

Pas d'Argyll-Robertson.

Réflexes rotuliens, achilléens, vifs, pas de clonus

Réflexes cutanés plantaires en flexion.

Examen labyrinthique négatif.

Réflexe oculo-cardiaque, ralentissement p. 68 à 56, le malade accuse une sensation de malaise.

Wassermann négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Ni sucre, ni albumine.

Le malade, qui veut démissionner, à cause de ces troubles, se plaint, actuellement, surtout de son agoraphobie, qui l'oblige à sortir toujours accompagné de quelqu'un, son ordonnance en général. Il loge, actuellement, à la caserne pour éviter les sorties. Il avoue qu'il a pu, cependant, de rares fois, sortir seul, mais la nuit.

Il demande qu'on le soulage de ce qu'il appelle ses crises de glace, de l'asthme, dont il est persuadé qu'il est atteint, afin qu'il puisse coucher dans un lit. Son ébauche de claustrophobie ne semble pas l'inquiéter.

Traitement. — Nous demandons à M. le médecin-chef de le faire admettre à l'hôpital, où on lui donne une chambre contiguë à la nôtre. Ce qui nous frappe, dès l'abord, c'est l'incertitude de cet officier pour son avenir. Il est prêt à envoyer sa démission et fait de vagues projets pour son retour à la vie civile, où il se montre, surtout, très ambitieux avec une grande aspiration à la puissance. Nous tentons, d'abord, de mettre fin à son incertitude, à sa projection continuelle dans l'avenir. Au bout de quelques jours, il déchire sa lettre de démission et répond négativement aux offres d'emploi reçues en réponse à ses lettres. Nous l'obligeons, en quelque sorte, à rompre les ponts qu'il a déjà lancés sur le futur.

Nous lui expliquons que ses « crises de glace » phénomènes nerveux, sont en même temps, des phénomènes vas-

culaires contre lesquels on peut lutter par des moyens physiques. Nous lui prédisons qu'aussitôt qu'il va avoir commencé son traitement, il ne tardera pas à constater l'éloignement de ses crises, puis leur disparition.

Au cours de conversations (il nous accompagne partout) nous arrivons à vaincre ses scrupules vis-à-vis de sa mère, pour laquelle sa désaffection l'inquiète. Mais, notre attention se porte, surtout, à détruire chez lui sa projection continuelle dans le moment à venir.

Nous n'essayons pas, pendant huit jours, de lutter contre son agoraphobie, nous contentant de ne pas le quitter et nous attachant à lui en faire passer ainsi la crainte aiguë.

Dès le premier soir, il a couché dans son lit. La porte de sa chambre, qui la fait communiquer avec la nôtre, est ouverte et nous lui avons dit qu'au moindre symptôme de crise il nous appelle. Nous avons préparé, devant lui, une seringue contenant une solution d'adrénaline. Il nous réveille une fois, dans la nuit mais notre présence l'ayant calmé aussitôt, il préfère attendre pour l'injection. Il dort très bien ensuite et c'est lui qui, le matin, vient dans notre chambre nous réveiller, heureux, faisant déjà des projets d'avenir. Il veut descendre seul dans la cour pour s' « essayer contre son agoraphobie ». Mais nous l'en dissuadons. Depuis ce jour, il couche dans sa chambre, la porte fermée et nous sommes très peu dérangés, n'ayant besoin qu'une fois de notre intervention, et nous lui faisons, immédiatement, une injection sous-cutanée d'adrénaline, en solution très diluée pour lui en montrer l'effet calmant immédiat, ce qui lui permet, plus tard, d'aller coucher dans une chambre plus

éloignée, ayant à son chevet une seringue chargée dont il ne fait pas usage.

Le 28 juillet, il propose, lui-même, de ne plus avoir sa seringue et, après deux ou trois moments difficiles, trouve un calme complet de ce côté et sourit lui-même quand on lui apprend que, dans le fauteuil où il dormait, on le trouvait toujours presque couché.

Il a commencé, dès le 13 juillet, à faire avec nous quinze minutes de gymnastique, suivant la méthode myothérapique d'Heckel, suivie de frictions à l'alcool, régime mixte, à prédominance végétarienne. Il prend, également, cinq centigrammes d'extrait tyroïdien mais nous l'encourageons à s'attacher surtout aux progrès musculaires de son corps, et son amaigrissement.

Le 22 juillet, le malade, qui est dans un bien meilleur état général, n'a des crises vasculaires que très atténuées, ébauchées, qui ne l'effraient plus beaucoup et nous commençons à lutter contre son agoraphopie, nous attachant, surtout, à lui éviter une défaite. Nous avons choisi un vaste champ, derrière l'hôpital pour faire quelques exercices avec un ballon de football. Au bout de quelques jours, il prend peu à peu, intérêt au jeu et s'habitue à s'éloigner de nous. Nous pouvons arriver à le laisser seul lancer le ballon et courir le chercher sans qu'il pense à une épreuve. C'est alors que nous lui montrons les progrès qu'il vient de faire.

Le lendemain, il veut recommencer. Mais nous voyons qu'il s'est déjà préparé à une lutte et nous l'emmenons se promener en notre compagnie sans aucun exercice, en insistant, surtout, sur le résultat obtenu la veille, jusqu'à un moment où il nous dit lui-même : « Je vais aller seul, devant

vous jusqu'à cet arbre », qu'il nous indique à ving-cinq mètres sur la route. Il y parvient avec quelque difficulté et s'y reprenant plus tard, réussit ce trajet avec beaucoup moins d'anxiété.

Ça devient, bientôt, un jeu pour lui de nous distancer.

Le 8 août, M. le lieutenant B... peut sortir seul avec encore une certaine appréhension, qui nécessite, une ou deux fois notre compagnie, puis qui l'abandonne peu à peu.

Le 25 août, il reprend son service en continuant de venir à l'hôpital, coucher et prendre ses repas en notre compagnie. Le 25 octobre, il quitte complètement l'hôpital.

Ce malade a continué à se bien porter après notre départ, avec quelques moments d'éréthisme nerveux, qu'il est parvenu à délimiter et à considérer comme un phénomène normal pour lui, n'entraînant plus que peu d'anxiété.

OBSERVATION III

Melle P... 33 ans, sans profession, 7 mars 1926.

Crises d'angoisse paroxystique, à forme digestive.

Vient nous demander conseil pour une entérite aiguë qui est venue par crises et qui « la rend neurasthénique ».

La première crise est survenue le 22 février dans les circonstances suivantes :

Mlle P... qui a fait connaissance d'un monsieur, veuf, père de trois enfants, qu'elle doit épouser, a été présentée par lui le 20 février à sa famille au cours d'un dîner où elle se souvient avoir mangé des huîtres.

Le 22 février, elle fait une crise, qu'elle décrit elle-même ainsi :

« Cette nuit-là, je me suis réveillée à une heure du matin, avec la sensation que cela n'allait pas. J'avais l'estomac lourd, gonflé comme une outre et cela m'empêchait de respirer. J'étais oppressée. Je me suis assise sur mon lit pensant que j'allais vomir sans y parvenir. Lorsque j'ai allumé je me suis sentie plus mal. J'ai eu l'impression que tout dansait autour de moi et je sentais des sueurs froides me venir sur tout le corps. J'était glacée, j'avais peur. J'ai sentie que j'étais empoisonnée et je me suis encore forcée à vomir, cette fois-ci avec un résultat. Je me suis recouchée. Je n'avais plus mal à l'estomac, mais je me sentais comme ivre et j'étais gelée.»

Le lendemain, Mlle P... restée chez elle, n'a absorbée que de l'eau de Vichy. Mais, quand elle a voulu manger le surlendemain elle ne pouvait garder aucun aliment, les rejetant presque aussitôt par des vomissements, qui l'épuisaient. L'absorption même de liquide provoquait ces vomissements. On lui a conseillé une purge qu'elle a évacuée de la même façon. De plus, elle présente la nuit deux ou trois accès d'oppression, de sueurs froides et se demande si elle n'a pas été empoisonnée par quelqu'un de la famille de son fiancé, ou si ce sont les huîtres qu'elle a mangées, qui n'étaient pas fraîches.

L'examen actuel : La malade a bon aspect, n'étaient les traits un peu tirés, le teint assez pâle, langue saburrale, estomac difficilement percutable, douleur épigastrique à la pression, intestin rempli de gaz ; nombreux borborygmes ; aucune hématémèse, ni mélena.

Le foie est normal, non douloureux.

Poumon, cœur : normaux.

Règles abondantes et irrégulières.

Ni albumine, ni sucre.

Tension Vaquez-Laubry : 13-8. Pouls, 68.

Réflexes très vifs, sans anomalie ; oculo-cardiaque, indifférent.

Antécédents : Père mort d'un cancer de l'estomac, très nerveux. Mère vivante, bien portante.

Mlle P... n'a jamais eu de maladies dont elle se souvienne. Elle a, généralement, bon appétit avec une certaine constipation. Elle se porte bien et est très active. Elle nous avoue avoir eu déjà des crises « avec une barre dans l'estomac » surtout quand elle était énervée, que « quelque chose n'allait pas comme elle le voulait » mais jamais comme les dernières, accompagnées de sueurs froides et de cette sensation de mort imminente.

Traitement : Psychothérapie, belladone, sédobrol, myothérapie, régime mixte végétarien.

OBSERVATION IV

M. D..., 30 ans, journaliste, 3 mai 1927.

Vient pour troubles multiples : crises de palpitations, avec sensation d'éclatement du cœur ; tremblements et tendance syncopale ; crises de diarrhée durant plusieurs jours, suivies de constipation opiniâtre et, surtout, actuellement, des accès d'étouffement le jour et la nuit, qu'il appelle « accès d'urémie » voulant dire par là que « l'acide urique envahit l'organisme et en viendra un jour à la tête ».

Histoire de la maladie. — Le début des troubles date de uin 1926. Le malade ne peut préciser la date, ni voir une

cause à ces phénomènes qui, dit-il, l'ont frappé au moment où il se portait le mieux C'est au cours d'une enquête pour son journal, à l'occasion d'un crime banal, qu'il a eu son premier accès de palpitations, s'accompagnant de tremblement intense. Cela lui a semblé ridicule et il a pensé que les policiers, à l'enquête desquels il assistait, pourraient avoir une raison de le considérer comme un des coupables. Mais, plus il essayait de retenir son tremblement, plus celui-ci s'exagérait. En même temps, il se sentait rougir et pâlir et fut obligé de quitter les enquêteurs de peur de s'évanouir. L'absorption d'un verre d'alcool à un café voisin a amélioré son état. Mais il n'a pas osé retourner à sa première occupation.

Depuis, il a eu souvent des crises semblables, une quarantaine, dit-il, l'une d'elles accompagnée d'une syncope réelle (?)

Pour ses crises de diarrhée, il ne peut pas fixer de date de début, les ayant mises, à cette époque, sur le compte d'une indisposition passagère, à la suite de mauvais dîners. Elles sont sans rapport avec les heures de repas, apparaissant tantôt une demi-heure après, tantôt le matin, tantôt au milieu de la nuit.

Des accès d'étouffement l'ont pris, plus récemment, une nuit. Il s'était senti mal à l'aise dans la soirée, s'était endormi difficilement et se réveilla au cours d'un rêve où il se trouvait au milieu d'une foule qui l'injuriait et semblait disposé à lui faire un mauvais parti. Il a cru que cette sensation était liée à son cauchemar. Mais ce sentiment d'étau devenait terrible et il eut l'idée qu'il allait mourir sans pouvoir appeler, car il n'avait plus de voix ; depuis, ses crises se

représentent le jour comme la nuit de préférence dans les endroits publics fermés.

Interrogatoire. — M. D. est journaliste depuis l'âge de 20 ans. C'est « un self mademan » dit-il. Il a fait des études secondaires jusqu'à 15 ans, mais a été renvoyé du collège après une terrible bataille avec un camarade à qui il a, dans un violent accès de colère, enfoncé son compas dans la poitrine. Il était alors sujet à de vifs accès de colère pour la moindre contrariété. Cette affaire lui a, dit-il, servi de leçon, et maintenant, il ne se met jamais en colère. Plus exactement, il n'extériorise jamais son courroux devant ses interlocuteurs, car il nous avoue qu'il éprouve quelquefois le besoin, lorsqu'il a été fortement contrarié, de rentrer chez lui, de rester seul, pour pouvoir, au besoin, briser quelque chose et ainsi se soulager.

A cette époque, devant le blâme de ses parents et la honte qu'il a de son acte, il s'enfuit de chez lui avec l'intention de partir aux colonies. Il est ramené chez ses parents.

Il nous dit à cette occasion que sa mère était très douce et son père nerveux et coléreux. Cependant, c'est lui qu'il préférait, sans oser le lui montrer.

Pendant six mois, il travailla comme secrétaire de son père, avocat, qui lui disait chaque jour qu'il n'arriverait à rien ayant abandonné ses études, et serait, désormais, toute sa vie, un déclassé.

Le 29 mai 1916, son père meurt d'une congestion pulmonaire à l'âge de 56 ans Il semble qu'à ce moment, le médecin ait parlé d'urémie. La mort de l'avocat laisse la famille sans ressources avec une mère désemparée. Le jeune D. qui a 16 ans, trouve une place chez un ami de son père comme

secrétaire et, à la suite de certains hasards, parvient à entrer dans un journal parisien où son ambition, qu'il reconnaît et dont il est fier, lui permet de se faire une assez bonne situation.

Au cours de son interrogatoire, il semble qu'il ait, de tous temps, été un émotif, sujet à des sympathies et antipathies vives, à des colères, à un certain emballement religieux, mais c'est depuis « son affaire du collègue », dit-il, que son caractère a changé complètement. Il a toujours été un peu anxieux, dès lors, après une longue période de remords, et son désir d'arriver a été surtout un désir de se justifier devant la mémoire de son père et contre sa prédiction. Mais il reconnaît que cette prédiction l'a déprimé beaucoup et lui a enlevé une partie de sa confiance.

Le malade semble, également, avoir eu quelques désillusions du côté sentimental, « les aventures féminines ne lui réussissent pas, dit-il, il n'a pas ce qu'il faut pour plaire aux femmes, » pour lesquelles il marque un mépris de surface.

Il est, généralemant, gai, surtout le matin, même actuellement, et cela durerait si son avenir n'était pas emcombré par la maladie qui lui rappelle sa limite. Il avoue, cependant, qu'il a, en dehors de cela, des moments d'anxiété, sans cause apparente, souvent aux moments les plus gais.

Il a horreur de la foule et l'avait, d'ailleurs, avant le rêve qui a précédé sa première crise d'étouffement.

Intelligence, mémoire, jugement sont intacts. La volonté est aiguë, dans l'ambition, avec des défaillances où il doute de tout, et, surtout, de lui-même. Son activité est trépidante. Il aime mener plusieurs affaires à la fois, construire, mais dans la spontanéité. Il a l'horreur des attentes, des

calculs qui ne se réalisent pas immédiatement et là présente une énorme aboulie au moment de la réalisation d'un projet qu'il a édifié lui-même quelque temps auparavant. Il a la crainte de tout ce qui l'oblige à retourner au passé : lettres à la famille, règlements de comptes... c'est ce qui lui fait dire volontiers qu'il est un self made man pour ne pas avoir à se souvenir qu'il y a un milieu où il a vécu.

Dans les antécédents héréditaires, en dehors du père nerveux la mère vivante actuellement est en bonne santé. Pas de frères ni sœurs. Deux oncles, du côté paternel très nerveux. Ne sait rien de son grand'père paternel. Rien à signaler du côté maternel.

Dans ses propres antécédents, pas de maladie d'enfance. Il signale qu'il a toujours été maigre.

Examen. — Malade maigre, teint pâle, un peu cholémique (familial). Aspect général un peu tendu.

Hauteur : 1 m. 69. Poids : 57 kgr. Pas de stigmates de basedowisme.

Appareil respiratoire : nez : cloison légèrement déviée à gauche. Insuffisance nasale de ce côté sans troubles sécrétoires.

Larynx : vu par otorhinolaryngologiste qui ne signale rien.

Poumons : légère diminution du murmure vésiculaire à gauche, lié sans doute à l'insuffisance nasale. A la percussion, très légère submatite du même côté.

Radio : Abondantes secrétions bronchiques. Aucune lésion parenchymateuse.

Cœur : légers troubles du rythme par intermittence sans lésion valvulaire décelable. A l'auscultation, deuxième bruit

claqué ; tachycardie orthostatique (78-96) durée : 1 m. 43 s. Tension Vaquez-Laubry : 12 1/2-7. Rein : urine, un litre et demi environ. Ni albumine, ni sucre. Urobiline en excès. Aucun signe, même léger de brightisme.

Appareil digestif : point solaire douloureux. Abdomen en léger état de défense par douleur musculaire, le malade venant d'avoir plusieurs crises de diarrhée.

Foie : projection, 12 centimètres, non douloureux. Rate non percutable.

Réactions Wassermann et de Hecht : négatives dans le sang.

Réflexes : rotuliens, achilléens, vifs des deux côtés.

Pas d'Argyll-Robertson Réaction brusque à la lumière.

Réflexe cutané, plantaire, en flexion.

Réflexe oculo-cardiaque : accélération.

Traitement : psychothérapie, myothérapie. Régime, bromure et valériane. Opothérapie hépatique tyroïdienne. Amendement total des symptômes dans les trois mois, mais le malade reste un émotif.

OBSERVATION V

M. L..., commerçant, 38 ans, d'origine juive, 16 juillet 1927.

M. L..., qui présente depuis douze ans, des accès d'angoisse paroxystique, a subi, pour cela, de nombreux traitements et, dernièrement, un traitement psychanalytique de trois ans, qui semble avoir augmenté ses phobies et, surtout, accru son état d'esprit pantophobique.

Antécédents héréditaires. — Aucun renseignement du

côté paternel. Mère très nerveuse. Ni frères ni sœurs.

Antécédents personnels. — A vécu dans les colonies dès l'âge de quinze ans. Chef d'entreprise à 19 ans. Pas de paludisme Tréponème et gonocoque il y a dix ans. Traité. Une fille de cinq ans, bien portante et nerveuse.

Léger éthylisme d'habitude et, surtout, de défense.

Emotif dans l'enfance avec sentiment de restriction dû à sa naissance juive. Quelques grands accès de colère.

Renseignements imprécis sur le début de ses accidents, qui ont commencé par une crise paroxystique d'angoisse à forme syncopale.

Ces crises paroxystiques revinrent après un second intervalle s'enrichissant d'un état pantophobique qui « l'enfermait de plus en plus dans un cercle de craintes ». Soulagement momentané par la psychanalyse qui, sans le débarrasser de ses crises d'angoisse, semble l'avoir soulagé par sa possibilité de se confier, par la suggestion d'un nouveau traitement, mais, en même temps, accroissement du mécanisme introspectif et interprétatif, influence phobique de l'étude des rêves, éclosion de scrupules.

Etat actuel : crises paroxystiques d'angoisse à forme digestive et vasculaire se reproduisant plusieurs fois dans la journée à l'occasion du moindre choc moral. Odophobie ayant entraîné l'agoraphobie ; claustrophobie ; toxicophobie ; tanatophobie ; nosophobie ; impuissance génitale par interprétation psychanalytique et peur de la mort au cours du coït.

Description : la crise débute avec une certaine aura où le malade se sent mal à l'aise, prévoit sa crise et la provoque. A ce moment, la face devient rouge puis pâle, la sueur perle, le cœur bat à grands coups ; tachycardie allant jus-

qu'à 120 mais, surtout, le ventre gonfle, « comme à éclater », dit-il (On peut, en effet, constater que l'abdomen est très distendu par les gaz) et le malade, dans un tel désarroi, cherche à fuir en déboutonnant la ceinture de son pantalon pour donner de la place à ses intestins.

La crise est suivie de polyurie avec diarrhée et émission de gaz sans vomissements. Elle le laisse sans forces, prostré dans un fauteuil n'osant bouger de peur de provoquer un nouvel accès et très déprimé pour toute la journée.

Une de ses crises, qui a eu lieu dans la rue, lui a donné la crainte des longs murs, des « rues sans trous » c'est-à dire sans endroits pour s'asseoir ou se cacher. Il a, également, la crainte des musées et de tout ce qui rappelle la nudité des murs ou le dallage. Il a la crainte des lieux publics fermés et, dans un spectacle, choisit toujours un strapontin lui permettant une issue facile et près d'une tenêtre car toutes ses sensations vasculaires sont susceptibles de déclancher la crise.

Toutes les sensations de chaleur, comme celles de froid lui semblent anormales et particulières à lui.

L'appellation d' « agoraphobie » pour des phénomènes qui étaient plutôt odophobiques a fait de lui un agoraphobe secondaire par interprétation. Il ne peut, actuellement, sortir sans une personne qui l'accompagne et sa canne qu'il n'abandonne jamais. L'idée d'un empoisonnement le met dans un état d'anxiété intense, allant jusqu'à déclancher un accès paroxystique. De même, tout ce qui touche aux maladies dont il se croit atteint et, surtout, les maladies de cœur.

Il a peur de mourir de congestion et regarde, continuel-

lement, son visage dans un miroir et la rougeur comme la pâleur l'inquiétant, chaque regard accroît son anxiété. Tanatophobie qui lui fait craindre de se coucher par représentation de ce qu'il serait étant mort.

Sensation de vertige, de chute dans un trou ou d'extrême légèreté des membres.

Fringales qui le prennent brusquement et déterminent la crise si elles ne sont pas satisfaites.

Peur des odeurs, surtout des odeurs éthérées. L'odeur d'oranges en nombre provoque une crise.

Impuissance sexuelle par peur de la mort ; peur de la contagion vénérienne ; calcul des pertes d'énergie et scrupules liés à la psychanalyse.

Il a surtout la phobie de ses crises. Il a trouvé dans la psychanalyse un nouveau domaine phobique par la crainte de certaines associations, par l'interprétation de ses rêves décidant de son état au lever.

Crises d'irritabilité spontanée.

Le malade, très déprimé par son état, a une forte volonté de guérir, sans idée de suicide autre qu'intellectuelle, et se trouve assez gai aussitôt que les accès anxieux cessent d'être aigus, si ce n'est depuis quelques mois où son fond mental est continuellement coloré par une anxiété assez forte qui toujours en éveil, l'empêche d'être libre « il est continuellement prisonnier de lui-même » dit-il.

Examen physique. — Le malade, mesure 1 m. 76 et pèse 86 kilos. Teint pâle ou rougissant brusquement. Moiteur de la peau, acné. Les saillies osseuses ou musculaires du visage très accentuées lui donnent un aspect tourmenté et vieilli. Tremblement émotif sans signes de basedowisme.

Légère hypoacousie droite par bouchon épidermique.

Conjonctivite.

Cœur normal sans lésion artificielle décelable. Bruit un peu sourd, tachycardie, intermittences sans arythmie.

Tachycardie orthostatique, 82, 110. Durée, 1 m. 40 s. Tension Vaquez-Laubry, 12,7.

Rein : Urine, un litre et demi. Ni albumine ni sucre. Urobiline en excès.

Appareil respiratoire : Insuffisance nasale des deux côtés par légère hypertrophie des cornets (diagnostic du Dr A. Besson).

Voix : La voix prend un timbre spécial un peu rauque au moindre début d'émotion. Ce timbre nous a permis, au cours du traitement de prévoir des réactions émotives quelque temps avant qu'elles soient perçues du malade. C'etait en général, le premier signe de l'ébranlement neuro-végétatif.

Poumons : Auscultation : respiration généralement diminuée aux deux sommets dans l'état habituel. Cette diminution disparaît lorsqu'on fait aspirer le malade fortement. Aucun signe de lésion pulmonaire à l'auscultation. Sans emphysème. Percussion normale.

Ampliation thoracique. Inspiration, 89 ; expiration, 86.

Appareil digestif : Abdomen généralement ptosé, adipeux. Limite inférieure de l'estomac à un travers de doigt de la ligne illiaque. Point épigastrique douloureux. La grande adiposité de l'abdomen ne nous permet pas d'apprécier la défense musculaire ni l'état de la rate. La palpation provoque des borborygmes abondants.

Foie : Percussion, 14 centimètres, peu débordant. Pas de sensibilité vésiculaire.

Organes génitaux : Cicatrice de lésion spécifique au sillon balano préputial. Pas d'écoulement actuel. Wassermann et Hecht négatif. Un traitement mercuriel et bismuthique fait pendant près d'un an n'a apporté aucune modification à l'état du malade.

Réflexes : Rotuliens et achilléens, très vifs sans différence notable des deux côtés. Pas de signe d'Argyll-Robertson. La pupille, plutôt en mydriase, réagit brusquement à la lumière. Le malade marque une certaine photophobie due, sans doute, à la conjonctivite actuelle.

Réflexes cutanés plantaires, en flexion. Pas de clonus. Examen labyrinthique négatif.

Réflexe oculo-cardiaque : Peu net, car le malade est très pusillanime et, de plus, la douleur que provoque la pression de l'œil trouble toute constatation.

Traitement : Psychothérapie. Laudanum de Sydenham à doses progressives. Bromure. Myothérapie. Opothérapie tyroïdienne à très faibles doses.

Changement de milieu. Le malade part avec nous, en Belgique, perdant, en très peu de jours, la plus grande partie de son agoraphobie. Les crises disparaissent peu de temps après le début du traitement pour ne plus revenir.

Avant sa rentrée en France M. L... visite seul plusieurs musées. Retour en France, la réadaptation se fait bien. Mais, vers le mois de janvier, il donne, de nouveau, quelques signes d'éréthisme larvé, nous repartons pour un mois dans le midi, d'où il revient stabilisé dans ses progrès.

Deux ans plus tard, à l'occasion de soucis nombreux et d'une vie assez irrégulière, il donne de nouveaux signes d'agoraphobie, qui cèdent, en peu de jours, au repos à la campagne, pour le reprendre à Paris. Il part, alors, en Allemagne pour se débarrasser complètement de ces symptômes, par l'isolement et la cure de culture physique.

TRAITEMENT

Dans les états d'hyper-émotivité anxieuse l'intervention médicale aura à se produire à deux moments bien distincts. Dans le premier cas d'accès paroxystique d'anxiété le médecin appelé en toute hâte auprès d'un malade qu'il ne connaît pas le plus souvent, ne peut s'appliquer à un traitement étiologique, et s'adressera, surtout, au traitement symptomatique.

Dans le second cas, c'est de l'état d'anxiété chronique qu'il aura à prendre connaissance dans son entier. Il pourra, alors, instituer un traitement étiologique.

Cependant, c'est bien souvent l'attitude qu'il aura prise au cours d'un état paroxystique et la sédation qu'il aura procurée au malade en cette occasion, qui lui feront obtenir sa confiance et lui permettront de mettre dans la balance en face des craintes du malade, le poids d'un résultat déjà obtenu.

Nous étudierons, successivement, les traitements de l'état paroxystique puis interparoxystique.

Traitement de l'état paroxystique. — Etant données les circonstances où il est appelé, en général, la nuit, le médecin va se trouver, d'une part, devant

une famille ou une femme affolée, d'autre part devant un malade se sentant mourir, annonçant sa mort et que les manifestations du désarroi de son entourage tendent encore à effrayer. Il doit, d'abord, faire preuve d'autorité. Il a été, pour le malade, le seul espoir dans l'attente. Il faut que son entrée produise un changement. Sans envoyer l'entourage dans d'autres pièces, il faut qu'il en obtienne le calme et le silence. Il faut, également, que son attitude inspire confiance au malade dès son entrée et que celui-ci n'ait aucun doute sur l'efficacité de la thérapeutique qu'il va employer.

« L'hésitation, dit Heckel, le doute scientifique ne sont plus de mise dans ces circonstances pour éviter que les troubles s'installent désormais et se répètent par auto-suggestion et par phobie. Il faut que le malade sache qu'il a en mains des moyens curatifs incontestables. »

Sans être indifférente devant cet individu qui souffre, l'attitude du médecin doit être de compréhension, de fermeté, d'assurance et d'activité réfléchie.

L'auscultation du malade sera aussi complète que possible, en accordant un certain temps à l'examen des organes dont il se plaint pour pouvoir affirmer, avec d'autant plus d'autorité, qu'il n'y a pas de lésion organique et justifier sa connaissance de ces états.

« Rien, dit Heckel, ne serait plus néfaste que d'émettre, dans ces circonstances, un diagnostic

erroné de maladie de cœur, du poumon, d'une urémie, d'une appendicite, etc. C'est ainsi que des affirmations intempestives et erronées sont devenues la cause constituante de pseudo organopathies. »

La confiance obtenue, il faut calmer les phénomènes physiques douloureux, éteindre l'angoisse.

L'éther est indiqué par Heckel, l'éther amylvalérianique, sous forme de perles, par Brissaud. Dans deux des cas que nous avons étudiés, l'odeur de l'éther suffisait, au contraire, à provoquer l'angoisse sans rappel d'un traitement antérieur et, simplement, nous disaient les malades, par l'idée d'hôpital, de maladie qu'il évoque. Nous l'avons, de plus, vu récemment employer dans un autre cas de paroxysme anxieux chez une femme sans lui apporter le moindre soulagement et cette femme n'avait pas la phobie de nos deux autres malades. Au surplus, le médecin doit venir avec quelque chose de nouveau et, il est fréquent que, quand il arrive, soit la famille, soit une voisine, ait déjà essayé ce médicament sans le moindre effet.

Dans les formes intestinales, une demi-cuillerée à café ou une cuillerée entière d'élixir parégorique calme souvent l'anxiété. Des pulvérisations de chlorure d'éthyle ont, quelquefois, une action. Enfin, si l'anxiété se prolonge, les opiacés, sirop diacode, l'injection de bromure de codeine, le lavement de laudanum seront tentés avec certain succès.

M. Guillaume divisant le traitement, suivant la prédominance des signes d'hypersympathicotonie, ou

d'hypervagotonie, donne les indications suivantes :

Dans les accès hypersympathicotoniques, les nitrites, si les phénomènes vaso-moteurs sont prédominants, accompagnés des substances du type de la malonilurée (gardenal, somnifene) ou le chloral.

Dans l'accès hypervagotonique, la belladone, la spasmalgine si l'accès se prolonge, l'injection sous-cutanée d'adrénaline.

Enfin, en dehors des agents pharmaceutiques, on peut employer l'action d'un certain nombre de procédés susceptibles de modifier la circulation locale ou générale : topiques locaux, externes, cataplasmes, révulsifs, compresses chaudes ou froides, constriction circulaire d'un membre, abblutions des mains dans une cuvette d'eau chaude, etc... Mais la façon de recommander le traitement a autant d'importance par sa suggestion que ce traitement lui-même.

Traitement de l'état interparoxystique.

M. le Professeur Laignel-Lavastine, dans les conférences qu'il a faites sur la méthode concentrique, dans l'étude des psycho-névroses, a envisagé cinq zones pour le diagnostic en profondeur de ces états permettant de faire l'analyse complète du malade.

Du centre à la périphérie on trouve :

1° **Le noyau morbifique** qui comprend les maladies héréditaires ou acquises, tuberculoses, syphilis, hérédo-alcoolisme, etc...

2° Faisant suite à cette zone centrale, une **zone dite « viscérale »** divisée en deux versants :

Un versant physiologique dans lequel rentrent les manifestations de désordre physiologique ;

Un versant anatomo-pathologique, où se situeront les lésions observées chez le malade et dont l'étude critique permettra de savoir s'il s'agit seulement de coïncidences ou s'il y a un rôle pathogénique à attribuer à ces altérations pathologiques.

3° **Une zone endocrinienne**, où l'on distinguera également, deux versants :

Un versant humoral : il y aura lieu d'étudier le milieu humoral par tous les procédés, physiques et chimiques et de voir en quoi il est modifié :

Un versant morphologique. C'est ici où l'on marquera les facteurs dépendant de la constitution, du tempérament et du caractère.

4° **Une zone nerveuse** avec ses *deux versants* : le *premier* concernant la neurologie de relations, où l'on recherche les critères caractérisés par l'existence ou non de signes physiques d'affections organiques lésionnelles du système nerveux.

Le second, *versant sympathique*, qui permettra de voir si les manifestations sympathiques sont d'ordre lésionnel ou d'ordre dynamique.

Enfin, 5° **Une zone psychique** avec : *un versant extérieur* vers la société et les relations d'inter-psychologie ; *un versant intérieur* comprenant l'étude des manifestations du subconscient.

Cette étude schématique nous permet de faire la

somme des réactions que le médecin devra envisager pour construire un traitement rationnel.

Suivant les sympathies pour une théorie pathogénique, chacune des zones pourra être considérée comme d'action prédominante, entraînant le traitement des troubles nutritifs, des altérations physiologiques (myothérapie d'Heckel),un traitement nerveux, traitement par action sur le sympathique et ses systèmes associés. Traitement par action sur le bulbe, centrothérapie de Bonnier. Le traitement catarthique de la méthode psychanalytique, freudienne, d'Adler, de Yung, traitement psychothérapique.

Nous diviserons la thérapeutique des états d'hyper-émotivité anxieuse en deux parties : la première envisageant plus particulièrement les moyens d'action sur les manifestations somatiques et comportant l'étude, des indications de l'isolement et du repos, de la diététique, des indications et mode d'emploi de l'exercice physique ; l'action des agents physiques et de celle des agents médicamenteux.

Enfin, dans la seconde partie, nous traiterons de la psychothérapie.

Isolement. — Si l'isolement est d'une grande utilité dans certains cas où le malade tire, du milieu où il vit, des causés continuelles d'exaspération de son émotivité, il offre, d'une part, l'inconvénient d'accroître l'anxiété du sujet par la pensée qu'on le considère comme un grand malade ; par le rapprochement qu'il fait avec l'internement des alié-

nés. D'autre part, il entretient souvent et aggrave chez lui la notion d'une incapacité sociale qui lui fait appréhender son retour à la vie ordinaire et l'idée de se retrouver en présence d'un milieu qu'il arrive à rendre responsable en partie de son état.

De plus, il risque d'accroître la manie introspective de ces malades.

L'idéal serait, comme nous l'avons pu faire, dans deux de nos cas, de pouvoir réussir, par une présence continuelle, d'une part, à « neutraliser » le milieu ; d'autre part, à provoquer un changement de lieu, un voyage, où le malade perd le contact avec les endroits où il a l'habitude d'accrocher ses phobies et, continuant à vivre de façon restreinte dans son milieu par la compagnie qu'il a de sa famille, a moins le sentiment d'exception que dans l'isolement. La plupart du temps, c'est une chose impossible. Il faudra recourir à l'isolement pour certains cas aigus en s'efforçant d'avoir des contacts fréquents avec le malade.

Le repos avec alitement est rarement indiqué, sauf dans le cas d'anxiété très marquée, avec grande asthénie. La plupart du temps, on obtiendra, surtout chez le névropathe surmené, de bons résultats par un repos relatif, consistant en une sieste d'une demi-heure avant et après le repas. Cependant, le repos sera contre-indiqué chez les sédentaires, les surnourris et ceux qui ont une tendance à l'introspection continuelle.

La durée du repos nocturne ne doit pas être excessive. Il est bon que les malades ne se couchent pas trop tôt ; pas avant onze heures, pour se lever, d'abord à neuf heures et, dans la suite, à sept heures, lorsque l'évolution de la maladie touche à sa dernière période. Ceci dans le but d'éviter le réveil dans la nuit vers trois ou quatre heures, qui fatigue beaucoup ces malades.

Diététique. — Heckel donne les indications suivantes sur la diététique :

« Le régime normal est un régime mixte faiblement animal et fortement végétal (légumes et fruits), varié à l'extrême en qualité et en mode de préparation, et dont la quantité doit être suffisante à entretenir chez l'adulte un poids peu variable, une tonicité nerveuse et une puissance fonctionnelle physiologiques et, entre autres manifestations, une tonicité circulatoire, s'exprimant par une tension artérielle dont le chiffre à l'oscillomètre de Pachon est de 14 à 16 pour la pression maximum, en moyenne 15, de 8 à 10 pour la pression minimum en moyenne 9. La quantité d'urine, éliminée par un pareil régime et en fonction de cette tension est, en moyenne, de 20 centimètres cubes par kilo de poids corporel actif (graisse non comprise).

« Les régimes d'exception, qualitatifs ou quantitatifs sont tous ceux qui sont employés dans le but de corriger des troubles organiques ou métaboliques, particulièrement des troubles digestifs, cir-

culatoires, sécrétoires, rénaux ou portant sur l'assimilation ou la désassimilation.

« Ces régimes anormaux, systématiques, ont une caractéristique pratique particulière. Ils sont, ou devaient être d'usage transitoire pendant trois à quatre semaines au plus.

« L'effort du médecin doit donc surtout porter sur la détermination précise à l'aide de plusieurs critères, de la quantité d'aliments à prescrire, dans le régime normal ou dans les régimes systématiques appliqués aux maladies.

« Les régimes ne doivent pas être des modes alimentaires adaptés à la défaillance fonctionnelle des viscères digestifs. Si, dans certaines périodes et dans certains cas il est nécessaire d'employer un régime restrictif au point de vue quantitatif ou qualitatif, ce ne peut être qu'à titre de repos organique pendant une période très courte. On doit retourner aussitôt à une méthode diététique dont le principe directeur est de combattre la défaillance fonctionnelle par une rééducation fonctionnelle progressive.

« Tout régime, qui n'a pas donné, en quelques semaines, deux à trois environ des signes manifestes d'amélioration, doit être rejeté, remplacé par un autre régime ou par un retour au régime normal.

« Les aliments qui constituent les régimes doivent répondre à trois fonctions organiques principales :

« 1° Ils doivent suffire au remplacement et à l'usure moléculaire vitale à l'état normal, ou augmenter ou

diminuer la masse corporelle, suivant que celle-ci est excessive ou déficiente ;

« 2° Ils doivent encore fournir aux cellules organiques les principes énergétiques et, notamment, le glycose nécessaire aux divers fonctionnements, aux échanges.

« 3° Ils doivent, enfin, exercer, par l'excitation sensorielle gustative et olfactive une excitation dynamogénique réflexe. Cette dynamogénie excito-réflexe, cette qualité excitante, nerveuse, de l'aliment et du régime, est indispensable, non seulement pour produire la mise en branle de la motricité et de la sécrétion glandulaire du tube digestif et des glandes annexes, mais encore pour produire une tonicité euphorique et cénesthésique utile aux fonctions digestives, aux fonctions métaboliques et aux fonctions nerveuses.

« ... La restriction alimentaire modérée augmente donc la puissance d'assimilation et le coefficient d'utilisation.

« ... L'abondance alimentaire réduit la puissance d'assimilation et le coefficient d'utilisation de la ration. »

Dans la prescription d'une diététique, nous avons à considérer deux groupes : celui des anxieux hypo-alimentés et celui des obèses, ou surnourris. Pour les premiers, la meilleure méthode consistera à leur faire prendre cinq repas dans les vingt-quatre heures, qui se succéderont de façon à ce que, de deux repas qui se suivent, l'un soit plus riche, l'autre plus

faible. L'horaire peut en être quelconque, avec un intervalle d'environ quatre heures.

Chez les asthéniques du réveil, renforcer le petit déjeûner du matin, genre déjeûner anglais.

De façon générale, il faut ramener l'hypo-alimenté au régime moyen en donnant la prédominance aux légumes et aux fruits sur la viande. Peu de pain ; boire de préférence entre les repas un litre environ.

Pour les surnourris et l'obèse : petit déjeuner ; thé ou café au lait, très léger en café, avec trente grammes de pain grillé. Aux deux grands repas, environ quarante grammes de pain ; quatre-vingt grammes de viande pesée cuite ; légumes verts et fruits à discrétion ; trois fois par semaine, cent cinquante grammes de pommes de terre ; un verre à Bordeaux de vin pur, seule boisson aux repas ; boire au moins un litre de liquide entre les repas ; remédier à la constipation par les préparations à base d'agar-agar ; graines de lin ; l'huile de vaseline, etc... Pas de purgatifs.

Indications et mode d'emploi de l'exercice physique :

Liée à la diététique, la cure d'exercice est la base pratique d'une méthode thérapeutique à laquelle Heckel a donné le nom de myothérapie, dans laquelle le médecin contrôle les effets de la cure diététo-musculaire par l'établissement de la courbe du poids

quotidien, la surveillance des tensions vasculaires et la mesure de la diurèse.

La myothérapie sera employée d'emblée dans les cas où les troubles nerveux semblent liés à la suralimentation, à la pléthore. Elle sera réservée, jusqu'à la période d'amélioration dans le cas où il y a épuisement, surmenage, modification importante de la tension.

La séance d'exercices devra toujours être faite, au début, sous la direction d'une personne compétente et sous le contrôle du médecin. On la placera, de préférence, le soir, entre cinq et sept heures, où, parfois, avant le coucher. Le nombre des séances sera de trois à six par semaine, leur durée variant de dix minutes à une demi-heure. Elles comporteront des exercices analytiques, des exercices synthétiques et, plus tard, des exercices sportifs.

Le rythme des mouvements doit être lent, la respiration profonde.

Action des agents physiques.

Hydrothérapie. — C'est surtout dans les formes vaso-motrices et cardio-vasculaires que l'hydrothérapie se montrera efficace. L'abaissement de la température de l'eau devra être progressif. On emploiera, d'abord, l'hydrothérapie tiède aux environs de 38°, suivie d'une douche à 28°. L'écart de ces deux températures sera, progressivement augmenté.

L'héliothérapie pourra, également, être utilisée,

mais il faut craindre l'excitation générale, l'insomnie que provoquent les premières séances.

Devaux et Logre indiquent l'influence heureuse qu'exerce l'électricité statique sur l'état d'hypertension émotive.

Dans sa centrothérapie, Bonnier, situant dans le carrefour bulbaire, le centre de l'anxiété, a tenté d'intervenir sur ce centre par l'excitation de la pituitaire, provoquée à l'aide de cautérisations nasales.

La sollicitation des réflexes périphériques peut être obtenue, également, par l'effleurage, dérivé de la méthode chinoise du tcha tchin, et provoquer la sédation d'impatiences cutanées et d'angoisses cardiaques ou épigastriques à leur début. Nous l'avons employée, avec succès, dans un cas de douleur épigastrique.

Traitement médicamenteux.

Nous avons déjà étudié, dans les pages précédentes, à propos du traitement des accès paroxystiques, l'intervention de certains groupes médicamenteux.

Dans l'état inter-paroxystique, on sera, souvent, amené à faire un traitement symptomatique dont le but sera d'apaiser momentanément l'éréthisme du système neuro-végétatif pour permettre au malade de reprendre confiance et apaiser ainsi l'anxiété aiguë liée chez lui à tous les troubles vago-sympathiques.

Dans le traitement causal, si on a surtout recours à la psychothérapie, on ne devra pas oublier qu'il s'est créé, secondairement, des phénomènes nutritifs, endocriniens, des troubles sympathiques dans l'atténuation desquels la pharmacie apportera de grands secours.

C'est ainsi qu'on sera appelé à employer : 1° l'action élective de certains alcaloïdes sur les états vago-sympathiques : la belladone sous forme d'extrait ou de teinture, employée depuis longtemps comme anti-spasmodique ; l'atropine, pour une action viscérale analogue, détermine une dilatation pupillaire s'accompagnant de troubles de la vue.

Le nitrite de soude, d'action plus lente que la trinitrine ou le nitrite d'amyle, donnera des résultats plus durables.

A côté de ces médications spécifiques, nous avons employé des médications sédatives de l'éréthisme nerveux et émotif : bromure (sedobrol) ; gardénal ; somnifène.

Le lupulin : 0 gr. 10 à 0 gr. 30 par jour, associé, ou non, à l'extrait de laitue, 0 gr. 05 à 0 gr. 15 (Guillaume).

L'adonidine, les produits à base de passiflora, de ballota-fœtida, d'aubépine, d'anémone, de saule blanc, dans les phénomènes spasmodiques vasculaires.

La teinture de drosera, de datura dans les toux nerveuses.

La valériane et la jusquiame dans les troubles viscéraux vagotoniques.

Lorsque la dépression est marquée, on emploiera : la strychnine à doses croissantes ; l'arsenic et les phosphates. L'arsenic seul ou associé au fer, à la strychnine. Nous avons employé l'arrhénal à la dose de vingt gouttes par jour pendant dix jours, avec de bons résultats.

L'injection sous-cutanée d'oxygène nous a donné, également, d'excellents résultats dans les cas d'asthénie marquée, avec l'avantage de ne pas comporter de contre-indications.

Les phosphates, l'acide phosphorique sont à employer, également, chez les asthéniques neuro-arthritiques.

Heckel cite les effets de la caféine à la dose de 0 gr. 05 et recommande son usage chez les agoraphobes, dans les formes syncopales et respiratoires. Nous n'en avons pas obtenu de résultats.

L'opothérapie fait partie du traitement causal par l'influence que peuvent prendre les troubles endocriniens dans la répétition des troubles émotifs.

Heckel insiste sur l'action des extraits tyroïdiens à haute dose chez les obèses sans basedow.

Léopold Lévy a employé la thyroïde à dose homéopathique dans les états de disthyroïdisme, même avec hyperthyroïdie et a tenté d'en indiquer avec précision la posologie.

Guillaume vante les résultats obtenus dans les états neurotoniques par l'effet de l'hémato-éthyroï-

dine qui peut remplacer l''auto-hémothérapie et dont il cite les effets :

1° Action sur la peau, éruptions, et, principalement, celles du type de l'eczéma, de l'acné et, surtout, les œdèmes de Quincke.

« 2° Action vaso-motrice, relâchement des spasmes artérioliques, et atténuation des troubles qu'ils entraînent ;

3° Action sur les états anxieux et hypocondriaques ;

4° Action sur les sécrétions muqueuses, nasales, bronchiques, coliques.

5° Action sur les humeurs, atténuation ou disparition de la sensibilité anaphylactoïde et de l'aptitude aux réactions locales ou générales de type anaphylactique.

Pour l'autohémothérapie, « les injections seront faites, dit-il, si possible, quotidiennement, sous la peau de la cuisse. On doit pour obtenir de bons résultats injecter un sang dans lequel s'est déjà amorcée la coagulation ».

L'opothérapie surrénalienne indiquée dans les divers aspects de maladie de l'énergie (Léopold Lévi).

PSYCHOTHÉRAPIE

Au moment d'envisager la psychothérapie des états d'hyperémotivité anxieuse, nous ne pouvons ignorer la doctrine freudienne et le traitement psychanalytique auquel elle a donné naissance.

L'école de Freud n'admet pas la prédisposition. Celle-ci n'est pas primitive, c'est une seconde nature organisée sur un facteur dissimulé dans l'inconscient, un conflit érotique secret pour Freud ; un conflit de puissance pour Adler.

C'est donc, pour Freud, à la perturbation de la vie sexuelle liée au conflit érotique, que serait due l'anxiété. « L'irritation génésique insatisfaite laisse inassouvie une tension sexuelle qui s'irradie, alors, du côté de l'innervation somatique. » Il faudra donc, pour guérir le patient, découvrir le conflit qui est à la base et c'est là le but de la psychanalyse.

Cette recherche use essentiellement de trois procédés :

1° L'étude des associations d'idées, soit spontanées, soit provoquées, aboutissant à la reviviscence des souvenirs, de la vie récente ou ancienne, surtout infantile ;

2° L'anamnèse et le commentaire des rêves ;

3° L'observation et l'interprétation des menus faits, plus ou moins inconscients de la vie journalière, paroles automatiques, actes manqués, attitudes, gestes, etc...

Nous ne discuterons pas ici la théorie freudienne nous étant abstenus, dans ce travail, de discuter pathogénie. C'est seulement au sujet de la psychanalyse comme moyen de traitement que nous voulons, en dehors de toute critique, faire plusieurs remarques :

1° La psychanalyse pour l'explication des refoulements a créé toute une symptomatologie psychique, une abondance de symboles, dont la hiérarchie doit être établie par le médecin, qui, connaissant la facilité d'erreurs dans l'anamnèse aura tendance à supprimer certains facteurs pour arriver à une reconstruction tendancieuse ;

2° La psychanalyse crée, chez le malade, l'attente d'une révélation, d'un miracle qui va se produire au moment où on aura découvert l'épine psychique qui l'a troublé depuis longtemps. Il faut admettre un malade singulièrement suggestionnable pour ressusciter à l'énoncé de la parole finale, « le mal était là, il n'existe plus » ; car les troubles nerveux, qui y étaient liés, subsistent ;

3° Les conditions mêmes de la psychanalyse sont faussées dès la seconde séance où le malade ne cesse d'être conscient de ce que le psychanaliste recherche et a tendance à vouloir l'aider. Comment, dans ces conditions, laisser aller son esprit à l'aventure,

laisser libre le jeu des associations provoquées ; ne pas être tenté inconsciemment d'organiser vers un but l'anamnèse des rêves et ses commentaires. Et n'est-elle pas juste, cette réponse au psychanaliste. « Le subconscient n'est point petite-fille autruche ; une présence lui arracherait son secret ; une embuscade, jamais. Donc, docteur, j'évite les impasses où le couteau sous la gorge il me faudrait vider mon sac » (René Crevel. « Etes-vous fou ? »). Car telles seront les deux attitudes les plus fréquentes de l'anxieux en face du psychanalyste. Ou il l'aidera trop, il aidera même en dehors du médecin, seul à s'analyser sans fin à errer de complexes en complexes, à lier à la genèse de ses phobies des groupements associatifs dont la réapparition dans la conscience entraînera l'anxiété ;

ou il se méfiera, se sentira mal à l'aise, toute sa pudeur alarmée.

Mais, plus grave que cette absence de résultats, sera l'attente du miracle impossible dans laquelle le patient aura été soutenu dans sa lutte contre l'anxiété et dont il ne pourra plus se séparer complètement, qui lui fera supporter difficilement l'épreuve de lutter lui-même pour reconquérir progressivement ce qu'il attendait qu'on lui donnât par un jeu d'esprit.

Psychiquement, on aura renforcé son introspection; sa surveillance du mécanisme associatif créera chez lui une mémoire fidèle des associations précédant ses crises.

Sexuellement, on aura renforcé ses scrupules, son incertitude et il est bien probable qu'il augmente alors son anxiété par l'insatisfaction sexuelle.

Sans doute, la psychanalyse donne parfois, au début du traitement, une sédation des phénomènes, mais n'est-ce pas parce que le patient a trouvé, enfin, le confident et parce qu'il place, sur l'épaule du médecin, en qui il a confiance, le fardeau de ses phobies, en attendant qu'on l'en débarrasse.

N'est-ce pas au dynamisme du pronostic miraculeux, à l'unicité dans l'explication de sa pantophobie qu'il doit un soulagement, par cette relève d'une attente perpétuelle où c'est le médecin qui prend la faction.

Psychothérapie.

M. le Professeur Laignel-Lavestine énonce, au sujet de la psychothérapie, chez les hyper-émotifs ;

« On peut dire que ce qui fait la valeur du médecin, c'est beaucoup plus ce qu'il ne dit pas que ce qu'il dit. Pesez toujours toutes vos paroles car, chez les hyper-émotifs inquiets, le moindre mot peut être l'occasion de considérations extrêmement dangereuses et, d'un mot mal compris, on peut détruire tous les bienfaits de la psychothérapie déjà commencée depuis une ou deux semaines ».

Cette intervention négative est, en effet, une des meilleures justifications de l'isolement qui permet

au malade de se soustraire à la psychothérapie raisonnante de son entourage qui, non seulement, le fatigue, mais où il puise de plus, des sujets de crainte nombreux.

A propos de cette psychothérapie rationnelle, nous voudrions, d'abord, poser en principe que « *toute représentation intellectuelle, pour jouir d'un pouvoir dynamogène, doit trouver la possibilité de s'émotiver* ». Cette émotivation est la base de la suggestion, aussi bien auto-suggestion qu'hétéro-suggestion. C'est elle qui possède le dynamisme nécessaire, semble-t-il, à l'acte volontaire, la volonté nous apparaissant comme la possibilité de fixer une émotivité sur une représentation intellectuelle. Or, dans les troubles de l'émotivité, il y a extra-polation, en quelque sorte, de celle-ci.

On conçoit donc que cette psychotérapie raisonnante comme l'appellent Devaux et Logre, soit, non seulement sans action sur ces troubles, mais, au contraire, très déprimante pour les malades qui souffrent d'impuissance volontaire et non d'aboulie, car la plupart d'entre eux s'épuisent dans un effort volontaire qui n'a d'autre résultat que d'augmenter l'émotivité morbide liée à leur sentiment d'impuissance.

Cette psychothérapie des parents, des amis, des esprits logiques, qui essaient de démontrer au malade qu'il n'y a pas de danger où, lui, en trouve un que ses affres justifient ; qui se contente de dire « C'est nerveux ! » au patient qui vient consulter, si elle

n'apprend rien à un individu dont le jugement intact a déjà pensé tout cela, le fait se sentir condamné à un sort auquel, lui, ne peut rien, enfermé qu'il est dans ce cercle vicieux d'avoir une émotivité libre pour lutter contre son émotivité fixée et où les autres s'affirment impuissants dans un raisonnement dont il connaît trop l'absence de résultat. Elle ne fait que l'affermir dans son sentiment d'exceptionnalité morbide.

Le médecin, qui s'adresse à la faculté logique de l'hyper-émotif, frappe, en vain, à une porte fermée et se ferme la seule porte par où il pouvait pénétrer : son émotivité.

L'attitude du médecin devant un anxieux doit être, d'abord, une attitude intuitive. Il ne doit pas avoir besoin que le malade lui décrive en entier tous les symptômes dont il souffre, mais pouvoir, lui-même en établir le schéma et montrer ainsi au patient qu'il connaît mieux que lui tous ces troubles, que ceux-ci existent et qu'ils n'ont rien d'exceptionnel, de monstreux.

Point de raisonnement compliqué, mais pas, non plus, l'attitude fermée du doctrinaire devant un enfant ; un raisonnement simple, qui ne se déploie pas en des arguments infinis, donnant l'aspect de la multiplicité, mais toujours, au contraire, dans chaque argument, que *le malade trouve la présence de la prémisse qu'il a admise sentimentalement.*

Le raisonnement par images, par symboles, qui comporte un élément moteur, est celui qui a le plus

d'action parce qu'il reste dans l'esprit et se recrée automatiquement.

Cette forme de dynamisme avait bien été saisie par le pharmacien Coué, qui faisait répéter, après suggestion, aux malades, des mots simples dont la cadence immuable devait créer un mouvement.

Par ce raisonnement court, symbolique, qui donne un centre à la pantophobie du malade, on crée une sorte de pansement moral que le malade s'appliquera vite de lui-même et où il trouvera, souvent, une révélation.

Une autre forme de suggestion, que le médecin peut employer, et qui nécessite sa présence presque constante auprès du malade, est celle que nous appellerons « du porte-fardeau » :

Nous avons vu, en parlant de la psychanalyse, que le malade pantophobique porte un fardeau qui l'oblige à concentrer toute sa pensée dans une défense infinie. Ce doit être l'action salutaire du psycho-thérapeute de lui enlever cette charge, de faire en sorte qu'il lui confie cette défense, à lui qui connaît mieux que quiconque toutes les attaques et leur mécanisme. Il faut qu'il devienne celui en présence duquel rien ne peut arriver ou plutôt tout peut arriver sans danger. Il doit l'affirmer au malade dans cette première partie de la cure, qui est la *véritable cure de repos actif de la psychothérapie*.

La psychothérapie est une œuvre de longue patience. Il convient d'assurer au malade cette répétition, cette continuité presque ininterrompue de

l'action de présence ; nécessaire, également, au médecin pour suivre continuellement les réactions de son sujet sans avoir à se fier à ce qu'il dit et se rendre compte, sans le secours de la psychanalyse des refoulements qui pourraient exister et de leur sens.

A cette occasion, nous croyons que, bien souvent, le « transfert affect » que les psychanalystes notent pour le médecin nous apparaît plutôt comme le résultat de cette suggestion du « porte-fardeau » que le dénouement d'un refoulement.

La psychothérapie de repos ayant produit son effet, le médecin devra entreprendre la psychothérapie active, mais cela, avec beaucoup de précautions et sans jamais, au début, lancer le malade seul dans l'aventure.

En effet, le malade est déjà trop porté à croire que sa puissance actuelle est due au médecin fétiche et une mauvaise expérience, faite seul, le replonge dans le désespoir et crée en lui la phobie d'être lié pour la vie à un compagnonnage médical. C'est au milieu de la psychothérapie de repos que le médecin doit habituer le patient au désir d'une activité mais cette activité devra être une activité de dérivation, une activité neuve, où le malade trouve, en même temps, une émotion et une absence de crainte.

Pour cela, le médecin devra faire appel à une *psychothérapie d'enthousiasme*, où il entraînera le malade dans son propre sillage, psychothérapie qui peut être comparée à l'action dynamique des idées

de foule, et bien préférable à celle que nous avons vu proposer : de jeux de société, travaux d'agrément, promenades où le malade ne trouve pas de consolation à son activité perdue, qu'il pleure toujours.

Elle est une activité sur un plan nouveau, où le malade se sent progresser et trouve intérêt à ses progrès dont le médecin montre les étapes, pour lesquels il entretient l'enthousiasme, sans avoir à craindre les associations anxieuses déjà faites.

Cette activité, où le malade devient maître de soi, peut jouer tout son jeu, créer un pôle émotif attractif, qui soulage le pôle de défense surchargé. Elle a, en même temps, l'avantage de lutter avec des moyens réels contre la tendance à l'introspection de l'anxieux. En quelque temps, on voit disparaître les crises paroxystiques et le médecin peut user du dynamisme pronostic en affirmant au malade qu'il ne reverra plus ses crises complètes.

Cette psychothérapie active, que nous appelons « *psychothérapie d'enthousiasme* », a l'avantage de permettre d'éviter cette méthode, que nous avons lue dans les livres, qui consiste à indiquer, chaque jour, au malade ses progrès, ce qui serait évidemment utile si les progrès étaient en ascension régulière, mais qui, au contraire, replonge chaque jour les malades dans l'incertitude du lendemain à cause des rechutes inévitables et entretient chez lui l'idée de contrôle de sa maladie pour laquelle il n'avait aucun besoin d'une suggestion étrangère.

Cette psychothérapie active a pour but et arrive à « décrocher » l'émotivité du malade de ses constructions et c'est alors que peut intervenir, avec les mêmes précautions, le même contrôle, la réadaptation du malade à sa vie ordinaire. Mais, là encore, le médecin doit pouvoir être présent et, d'une part, ne pas laisser retomber le patient dans les mêmes erreurs ; d'autre part, être prêt à intervenir dès le début au cas où il manifesterait des signes d'émotivité prolongée.

Dans les phénomènes anxieux systématisés, la « psychothérapie d'enthousiasme » sera suivie d'une « *psychothérapie d'équivalence* », où le médecin montrera, dans les actes accomplis par le patient, l'équivalent de ceux déterminant ses phobies et lui donnera ainsi l'impression qu'il a déjà fait sans s'en apercevoir, le plus gros travail. C'est alors qu'interviendra la lutte directe contre ces troubles, ce qu'Hartenberg appelle « la psychothérapie active » dont nous devons dire que, dans la position idéale, elle ne devrait plus être une psychothérapie mais la constatation d'un résultat obtenu par le malade sans qu'il s'en aperçoive.

Nous ne pouvons, dans un travail comme celui-ci et avec les matériaux dont nous disposons, donner les règles d'une psychothérapie qui demanderait un volume pour son exposition. Nous avons seulement voulu donner un aperçu des idées qui nous ont guidé dans le traitement des cas que nous avons observés :

La première, c'est que la meilleure suggestion chez les émotifs est celle qui n'y ressemble pas, car les anxieux sont extrêmement méfiants d'une suggestion qu'ils demandent ;

La deuxième est de débarrasser le malade de son attente perpétuelle ;

La troisième est qu'on ne doit pas tendre à désagréger les groupements associatifs mais à les faire oublier par une dérivation active neuve.

Idées qui indiquent les qualités que doit posséder le psychothérapeute : intuition, autorité, verbalisme imagé, enthousiasme, confiance dans le résultat final.

Nous citerons, pour terminer, ces deux passages de Devaux et Logre :

« Nous avons insisté suffisamment sur cette vérité primordiale qu'on ne réforme par la constitution psychopathique, mais on peut rassurer l'anxieux, on peut atténuer, pour ainsi dire, ce qu'il y a presque toujours de superflu et de surajouté dans la réaction émotive, on peut apprendre au malade à mieux connaître et dominer son état morbide et à ne plus être dupe, au même degré, de son inquiétude chimérique. Il ne faut pas oublier, enfin, que les paroxysmes de l'émotivité constitutionnelle sont, en général, transitoires. Ils comportent, par leur nature même, une évolution que la thérapeutique ne peut modifier que dans une certaine mesure. Le médecin est trop aisément porté à méconnaître les lois de cette évolution spontanée des accidents et à

s'attribuer, au nom de sa médication ou de sa psychothérapie, les honneurs d'une guérison où le traitement n'a fait, tout au plus, que favoriser la nature. »

CONCLUSIONS

I. L'hyperémotivité anxieuse est susceptible de déterminer un certain nombre de troubles végétatifs sans lésion organique étiologique décelable, que nous appelons : « états d'hyperémotivité anxieuse ou psychonévroses anxieuses ;

a) Ces états sont caractérisés par, d'une part : des troubles de l'affectivité liés à l'anxiété ; d'autre part : des phénomènes physiques où l'élément spasmodique domine ;

b) Ils peuvent consister en une certaine aptitude à la tristesse à l'anxiété créant un tempérament spécial comportant les stigmates psychiques de l'émotivité anxieuse : instabilité, pantophobie, instinct du malheur, hyper-introspection ; sans signes physiques importants ;

c) Ils peuvent également se manifester par des accès brusques paroxystiques d'angoisse s'accompagnant d'anxiété intense où les troubles physiques dominent prenant l'apparence d'asthme, d'angine de poitrine, de coliques, sans lésion organique ;

d) Ils peuvent prendre l'apparence de maladies organiques :

Soit que l'angoisse se traduise par un seul signe

du cortège symptomatique de l'accès paroxystique accompagné seulement de légère anxiété ou tristesse inquiète ;

Soit qu'un ensemble de : troubles sécrétoires, de paresthésies, de plexalgie constitue une pseudo-organopathie comparable avec un syndrome organique déterminé ;

e) Ils peuvent se traduire par un état chronique où l'anxiété domine la coloration sentimentale, où les stigmates psychiques accusés donnent à ces malades un caractère commun d'instabilité, d'esprit pantophobique, d'attente anxieuse ; tandis qu'on observe du côté végétatif des troubles d'origine spasmodique avec de nombreux accès paroxystiques ;

f) L'anxiété peut se fixer sur un complexe idéo-émotif, s'organisant autour d'une phobie qui devient le centre de la maladie.

Mais quels que soient leurs symptômes ce qui frappe dans ces états c'est l'hyperémotivité anxieuse d'une part, d'autre part l'absence de lésion organique réelle et le lien entre l'apparition des symptômes et l'ébranlement émotif.

II. Sans pouvoir fixer le mécanisme de cette hyperémotivité il semble qu'il y a perte de l'automatisme de contrôle de l'esprit sur les phénomènes émotifs en même temps qu'un état d'éréthisme diffus du système neuro-végétatif, sympathique et parasympathique.

Elle peut être favorisée par des causes diverses : constitution émotive, éducation, troubles nutritifs, intoxications, insatisfaction des besoins sexuels.

III. Le traitement de ces états comporte :

1° Un traitement des accès, par les sédatifs du système nerveux et la psychothérapie ;

2° Un traitement de l'état interparoxystique où trouveront place : l'isolement, le repos, la diététique, la myothérapie l'action des agents physiques et médicamenteux et surtout la psychothérapie qui ne devra jamais perdre de vue la susceptibilité des malades et leur puissance de construction dans le bien mais aussi dans le mal

Vu : le Président de la thèse,
HENRI CLAUDE

Vu : le Doyen,
H. ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

Adler (*A.*). — Le tempérament nerveux, traduit par le Dr Roussel. Payot, Paris, 1926.

Ballet (*Gilbert*) et *De Fursac*. — Les psychoses commotionnelles (choc émotif) (Paris Médical, 1916).

Benoit. — Le réflexe oculo-cardiaque dans les états anxieux Thèse méd. Bordeaux, 1920.

Binet. — Leçons sur la physiologie du système nerveux (Cours et conférence, 1926).

Bjerre (*P.*). — The hystory and practice of psychanalysis translated by Elis. W. Barrow. Boston, 1916.

Blanchet (*R.*). — Contribution à l'étude des névroses intest nales Thèse méd. Paris, 1901.

Bonnier (*P.*) — L'action directe sur les centres nerveux. Centrothérapie. Paris, Alcan, 1913.

— L'anxiété. Paris, Alcan, 1913.

Cannon (*W. B.*). — Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. New-York, Appleton, 1915.

Charpentier. — Démarche à petits pas (phobie de la marche) (Revue Neurol., Paris, 1907, t. XV).

Chaumat — Contribution à l'étude de la phobie et obsession de la rougeur (éreutophobie). Thèse méd. Bordeaux, 1911.

Claude (*H.*). — Maladies du système nerveux. Paris, 1922.

Cureau. — Des influences psychiques dans l'étiologie des états morbides. Th. méd. Bordeaux, 1889.

Déjerine et *Gauckler*. — Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses. Paris, Masson, 1911.

— The psychoneuroses and their treatment by psychotherapy Authoriz Transl. by Smith Ely Jelliffe. Philadelphia, 1913.

Delavierre. — Les réactions émotives. Thèse Paris, 1927.

Devaux et *Logre*. — Les anxieux, étude clinique. Pref. d'E. Dupré. Paris, Masson, 1917.

Deutsch. — Zur genese der Platzangst. Internat. Zeits. v. Psychoanalyse, XIV, 1928.

Dezos (*L.-G.-P.*). — Du rôle de la prédisposition individuelle dans les accidents dits commotionnels ou émotionnels. Thèse Bordeaux, 1919.

Duguet. — Contribution à l'étude de la peur et des phobies, étude pathogénique étiologique et nosologique. Thèse Lyon, 1899.

Dumas (*G.*). — La psychiatrie en temps de guerre (Revue de Paris, juillet 1916).

Dupré (*E.*). — Les cœnesthopathies (Encéphale, 1907).

— Les déséquilibrés constitutionnels du système nerveux (Paris Médical, 1911).

— La constitution émotive (R. Société de Neurologie et de Psychiatrie, 13 janvier 1910).

— Pathologie de l'imagination et de l'émotivité. Paris, Payot, 1925.

Euzières (*J.*) et *Margarot.* — Sympathique et anxiété (Encéphale, 1920).

— L'hypertonie du sympathique dans l'angoisse (Languedoc médical, 1921).

Féré (*Ch.*). — Pathologie des émotions, étude physiologique et clinique. Paris, F. Alcan, 1892.

Fiessinger. — Le cœur et les émotions ; l'anginophobie (Revue de l'hypnot. et psychol. physiol. Paris, 1903-1904).

Freud (*Sig.*). — La Psychanalyse, trad. par Yves le Lay. Paris, Payot, 1921.

Grasset (*J.*). — Psychopathies nerveuses. Consultations médicales françaises. Paris, Masson, 1902.

Gréco (*F. del*). — Les anxieux émotifs (Rivista ital. di Neuropath. Psych., 1917).

Guillaume (*A.-C.*). — Vagotonies, sympathicotonies, neurotonies (Paris, Masson, 2e édit., 1928).

Hartenberg (*P.*). — De l'élément psychique dans les maladies. Th. med. Nancy, 1894-1895.

— La névrose d'angoisse. Paris, Alcan, 1900.

— L'attente. Paris, Ollendorf, 1900.

— Les psychonévroses anxieuses et leur traitement. Paris, Alcan, 1922.

— Une méthode de traitement de certaines phobies (Congr. intern. de méd , 1900. Sect. de Psych.).

Heckel (*Francis*). — Culture physique et cures d'exercice (Myothérapie). Paris, Masson, 1913.

— De l'émotion aux troubles nutritifs. La névrose d'angoisse et les états d'émotivité anxieuse. Clin. Path. Traitement. Paris, Masson, 1917.

Krishaber. — Névropathie cérébro-cardiaque. Paris, 1873.

Laignel Lavastine. — La pathologie du sympathique. Pref. d'H. Roger. Paris, Alcan, 1924

— La méthode concentrique dans l'étude de psychonévrose. Conférences. Paris, Chahine, 1928.

Lévi (*Léopold*). — Contribution à la pathogénie et au traitement de l'angoisse et de l'anxiété (Bull. Société Méd. de Paris, 1917).

Livet. — Hyperémotivité, hyperthyroïdie héréditaire (Soc. Clinique de Méd. mentale, 1919).

Lœper et *Verpy*. — La répercussion glandulaire et humorale des commotions (Bul. Sociét. Méd. Hôpitaux, Paris, 1916).

Morel. — Du délire émotif, névrose du système ganglionnaire viscéral (Archives génér. de Méd., 1886).

Neuhof (*S*). — Irritable heart (Archiv. of. Intern. Med., 1919).

Pitres et *Régis*. — Les obsessions et les impulsions. Paris, O. Doin, 1902.

Raymond. — Un cas de phobie de la parole (Journal de Méd. int., Paris, 1902).

Régis (*E.*) et *Hesnard*. — La psychanalyse des névroses et psychonévroses, 2e édit. Paris, Alcan, 1924.

— La doctrine de Freud et son école (Encéphale, 1913).

Renon (*L.*). — L'angoisse de guerre et son traitement (Bull. Gén. de Thérap., mars 1916).

Santenoise (*D.*). — Psychoses et système organo végétatif (XVIIe Congrès Médec. Bordeaux, 1923).

Santenoise (*D.*) et *Tinel*. — Vago-sympathique et anaphylaxie dans les crises paroxystiques d'anxiété (Presse Médicale, 1929).

Terrien. — Des phobies (Progrès Médical, Paris, 1906).

Tissié. — Traitement des phobies par la suggestion et la gymnastique médicale (Revue de l'hypnot. et psychol. physiol., Paris, 1895).

Vaquez (*H.*). — Action thérapeutique et pharmaco-dynamique des nitrites (Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang, 1909).

Yung. — L'inconscient dans la vie psychique normale et anormale. Traduit de l'Allem. par Dr Grandjean Bayard. Paris, Payot, 1928.

753. — Impr. spéc. de la Libr. Le François, 91, boul. St-Germain. Paris. — 2-30